

MEMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LA PERCEPTION OSSEUSE DE LA MONTRE DANS  
LE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE L'OREILLE

NOTES CLINICO-PHYSIOLOGIQUES

Par **A. LUZZATI**, directeur du service otologique de la Polyambulance générale de Turin.

Il résulte de la pénurie de jugements objectifs et de l'insuffisance des symptômes physiques, que l'examen fonctionnel de l'organe de l'ouïe a acquis une importance de plus en plus grande au point d'être considéré maintenant comme un facteur très important pour le diagnostic et le pronostic des différentes affections de l'oreille. Malheureusement, l'anatomie pathologique, qui a tant fait progresser la clinique, nous fournit très peu de renseignements au point de vue otologique ; la majeure partie des maladies d'oreille, les affections les plus communes échappent à l'examen direct anatomo-pathologique et les rares cas qui peuvent être observés à l'amphithéâtre échappent le plus souvent au spécialiste qui, seul, pourrait les étudier minutieusement. On comprendra donc comment, en pareil cas, l'examen subjectif du malade fournit les données les plus intéressantes, d'où la très grande quantité d'épreuves acoustiques proposées, parmi lesquelles plusieurs sont universellement répandues, tandis que d'autres, au contraire, sont à peine connues et considérées plutôt comme des subtilités diagnostiques que comme de vrais moyens d'examen.

La question la plus importante dans la pratique otologique est de distinguer si une affection de l'oreille intéresse les éléments destinés à la transmission des sons, ou si, au contraire, ce sont les éléments nerveux percepteurs qui sont atteints ; le pronostic et la thérapeutique exigent que l'on fasse cette dis-

jonction qui, si elle est possible, dans la plupart des cas, est pourtant fréquemment très difficile et quelquefois même impossible. C'est à la solution de ce problème que sont destinées toutes ou presque toutes les épreuves acoustiques proposées dans ces derniers temps, et qui ont pris place auprès des épreuves classiques de Rinne et de Weber, signe évident et de l'insuffisance de celles-ci, et de l'importance du problème.

D'autre part, on est maintenant porté à accorder à chacune de ces épreuves une valeur plus limitée que par le passé ; et c'est seulement par l'examen de tous leurs résultats que l'on réussit à établir, avec plus ou moins de précision, la nature de l'affection auriculaire.

Sans vouloir examiner minutieusement toute la série des épreuves acoustiques, je crois convenable, avant d'entrer en matière, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'état de nos connaissances à ce sujet, en ce qui regarde spécialement l'examen de la perception osseuse. Pour examiner la conductibilité pour la voie crânienne, nous ne nous servons pas de vrais instruments musicaux, mais seulement de diapasons, de la montre, du petit marteau de Politzer, et quelquefois, quoique ces instruments soient peu maniables, des audiophones et des audiomètres électriques proposés et modifiés par divers auteurs. La plupart des épreuves acoustiques plus ou moins compliquées sont exécutées avec les diapasons, spécialement avec ceux à tons bas, puisque l'on sait que les tons aigus sont transmis presque exclusivement par la voix aérienne.

L'épreuve de Weber, la plus ancienne et la plus classique des expériences, a pour but d'établir quelle est l'oreille malade ou éventuellement la plus malade, précisant en même temps la sphère de l'organe auditif dans laquelle siègerait l'affection. Elle est basée essentiellement sur le fait qu'en fermant une oreille, la perception d'un diapason placé sur le sommet du crâne est plus forte du côté obstrué ; la clinique aurait ensuite démontré que le même fait se répète quand, dans l'oreille, existe un obstacle ou une lésion de l'appareil de transmission. Quoique l'épreuve soit une des plus communes, elle ne donne pourtant pas toujours des résultats certains. Voici ce que Politzer dit à ce propos dans son traité classique : Le Weber

a seulement une valeur diagnostique quand la perception du diapason vertex est localisée du côté malade ou le plus malade ; on peut alors conclure qu'il existe une affection de l'appareil de transmission. Et si, au contraire, la localisation se fait du côté sain ou moins malade, la valeur est bien restreinte parce que l'on obtient ce résultat aussi bien dans les affections de l'oreille moyenne que dans celles du labyrinthe. Ainsi, seul, l'ensemble des autres preuves pourra nous conduire au diagnostic.

L'expérience que Rinne a proposée depuis 1855 et que Lucæ a vulgarisée est maintenant, avec le Weber, l'épreuve la plus répandue en otologie, à cause de sa simplicité et de sa facilité d'exécution. A ce sujet, voici les conclusions de Politzer.

L'importance diagnostique du Rinne se limite aux affections chroniques de l'oreille moyenne, avec surdité marquée (voix aphone diminuée jusqu'à un mètre au moins selon Lucæ) ; dans ces cas le Rinne est le plus souvent négatif. Dans les otites moyennes légères, le Rinne a peu de valeur, étant presque toujours positif, et acquiert seulement une certaine importance uni aux autres épreuves.

Quand il y a des lésions de l'oreille moyenne compliquées de lésions labyrinthiques, ou même quand celles-ci seules existent, l'expérience de Rinne ne donne pas de résultats certains. Il est vrai que Corradi, dans sa belle monographie : *L'importance de la perception des sons par voie crânienne et aérienne*, a proposé de modifier l'épreuve de Rinne de manière à nous fournir des notions plus précises sur les lésions de la transmission et du labyrinthe ; ne voulant pas aborder ici ce sujet, je renvoie le lecteur au travail précité.

Schwabach, se basant sur un grand nombre d'observations, affirme que, dans les affections de l'oreille moyenne, la durée de la perception d'un diapason appliqué sur la mastoïde correspondante à l'oreille malade est prolongée.

Dans les otites internes, le résultat serait tout à fait inverse.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi et on a souvent une prolongation de la perception dans les affections, où il est plus que probable que les éléments nerveux sont intéressés, l'épreuve de Schwabach est supérieure à celle de Rinne

parce que les troubles de la transmission sont plus difficiles à distinguer quand ils ressemblent à ceux des éléments percepteurs.

L'épreuve de Gellé (*pressions centripètes*) consiste à produire une compression de l'air dans le conduit et dans la caisse avec le speculum de Siegle ou avec le masseur de Delstanche. Normalement, les sons d'un diapason vibrant, appuyé sur le vertex, sont perçus plus faiblement du côté correspondant. S'il existe, au contraire, une ankylose de l'étrier ou quelque autre empêchement, l'auteur croit à une augmentation de la pression endo-labyrinthique, le son du diapason ne subit aucune altération ; si le labyrinthe est au contraire atteint, mais l'étrier mobile, on a, comme à l'état normal, un affaiblissement du son.

Cette épreuve ne réussit pourtant que lorsqu'il existe déjà une notable diminution de l'ouïe (Politzer) ; et sert, au contraire, très peu pour les surdités et pour les affections labyrinthiques bénignes ; elle offre, en outre, un grand inconvénient, car elle exige, de la part des malades, un degré d'intelligence que tous ne possèdent pas.

Une autre méthode proposée par Bing consiste à placer un diapason vibrant sur la mastoïde, quand la perception cesse, le malade bouche l'oreille correspondante ; si la sensation ne reparait pas, l'affection provient de l'appareil de transmission, si elle reparait comme à l'état normal il s'agit de lésions plus profondes. Même pour cette méthode, on n'a des résultats que si la surdité est grave et non dans les altérations légères.

Corradi propose une autre méthode qu'il appelle des *sensations renaissantes*. Normalement, si l'on applique un diapason vibrant sur la mastoïde en le retirant quand la perception a cessé et, si tout de suite après on le replace sur la mastoïde, la perception se reproduira un certain nombre de fois (sensations renaissantes). Étant donnée une oreille malade, la persistance des sensations renaissantes démontrerait qu'il s'agit d'une lésion des transmetteurs, le contraire démontrerait la nature labyrinthique de l'affection. Les résultats n'ont pas encore reçu confirmation.

Bing a recommandé encore son *auscultation entotique* con-



sistant à parler dans un porte-voix dont l'extrémité centrale, au moyen d'un catéter introduit dans la trompe d'Eustache, est en communication directe avec la caisse. Cette méthode permettrait de reconnaître si l'articulation de l'étrier est libre dans la fenêtre ovale, et si l'obstacle à la transmission réside seulement dans le marteau ou dans l'enclume. Cette expérience, qui n'est pas toujours facile à effectuer, exige, de la part du malade, de la finesse et une certaine dose de bonne volonté.

Luce <sup>(1)</sup> se sert des résonnances qui se produisent par le contact léger d'un diapason avec un corps dur ; qui prennent de cette manière, une intensité extraordinaire.

Baumgarten <sup>(2)</sup> propose d'observer l'influence sur la perception d'un diapason vibrant appliqué sur la mastoïde, quand on bouche l'oreille correspondante ou celle du côté opposé, l'instrument étant maintenu parallèlement ou perpendiculairement à la mastoïde.

Politzer, pour reconnaître la perméabilité des trompes, propose de placer un diapason, le *do* plus spécialement, vibrant devant les narines, si on fait exécuter un mouvement de déglutition (faisant ouvrir les trompes normalement), le son sera plus faible du côté où la trompe est fermée.

Eitelberg a décrit une méthode qui, en théorie, donne peut-être de bons résultats mais qui est d'une exécution tout autre que pratique nécessitant une dose de patience énorme.

Il faudrait avant tout avoir un diapason volumineux mis en continuelle vibration et que l'on ferait vibrer 15 à 20 minutes devant l'oreille examinée. Il y a des périodes d'augmentation et de diminution dans la perception ; de l'observation de celles-ci, et du commencement plus ou moins rapide de lassitude, on jugerait du siège de la lésion.

Dernièrement Bartsch a affirmé que si l'on place un diapason vibrant sur la tête et que l'on produise la raréfaction de l'air dans le conduit, on a un affaiblissement du son si l'appareil de transmission fonctionne ; on le perçoit au contraire sans modification s'il est affecté.

(1) *Archiv. f. Ohrenh.*, xxiii, p. 139.

(2) *Archiv. f. Ohrenh.*, xxiii, p. 133.

Il reste enfin à parler de l'examen de la sensibilité électrique de l'acoustique, sur laquelle Gradenigo a fait des recherches spéciales ; et encore de l'examen du sens statique avec le goniomètre de Stein dont les résultats ont été communiqués par moi en 1894 <sup>(1)</sup>.

A l'exception des expériences de Weber et de Rinne toutes ces épreuves ont un inconvénient commun et très grave, elles exigent que le malade fasse preuve d'intelligence et de bonne volonté ; de plus, quelques-unes sont d'une exécution compliquée. Les épreuves acoustiques, comme le dit Corradi <sup>(2)</sup>, pour réussir et être vraiment pratiques doivent être simples, faciles à effectuer et de brève durée.

De cet ensemble il résulte tout d'abord un fait : C'est toujours le diapason qui fait les frais de toutes ces expériences, le diapason auquel on demande les variations plus protéiformes, pour répondre à toutes les questions proposées. La montre, qui paraît être *à priori* un acoumètre idéal, est restée à l'état d'humble et grossier instrument, destiné simplement à indiquer si la perception osseuse est oui ou non complètement abolie, c'est-à-dire si l'on se trouve en présence d'une otite interne. En effet, l'opinion de Politzer à cet égard est très claire ; il assure que l'examen de la perception osseuse de la montre fournit seulement un résultat positif, quand, malgré la forte diminution de l'ouïe pour les diverses sources des sons (voie aérienne), la montre est encore bien perçue au contact ; l'épreuve dans ce cas suffit à exclure avec assurance l'existence d'une affection de l'oreille interne.

Dans ces derniers temps, j'ai porté mon attention sur l'extension et les applications plus importantes de l'examen si simple et si aisé de la perception osseuse du battement de la montre. Le mouvement de cette dernière ayant des sons bien divers de ceux du diapason, une étude plus complète de la perception de la montre serait un élément de plus pour l'examen qualificatif de la perception acoustique.

Normalement, on n'obtient pas la perception osseuse de la

<sup>(1)</sup> « Sur le sens statique, etc. » *Journal de l'Ac. de Méd.* 1894

<sup>(2)</sup> *Loc. cit.*

montre avec la même intensité sur tous les points de l'os où il est appliqué. Le battement est transmis avec beaucoup plus de force quand la montre est appliquée immédiatement devant l'oreille que lorsqu'elle est appliquée par derrière.

C'est cette formule que nous appellerons *normale* ou *positive* et que l'on pourrait très bien comparer avec la formule *positive* de l'épreuve de Rinne. Du reste, les différences concernant la perception osseuse de la montre en avant et en arrière du pavillon se rapportent, non seulement à la divergence d'intensité, mais encore à la tonalité. On sait que le battement de la montre produit des tons divers, qui peuvent être classés en deux catégories : tons bas et ton aigus. En avant de l'oreille, les tons de l'échelle basse sont transmis comme s'ils étaient renforcés, et le battement a vraiment ce caractère métallique profond que l'on perçoit aussi par la voie aérienne ; sur la mastoïde au contraire prédominent les tons aigus, de sorte que le battement, en même temps qu'il paraît plus lointain, prend un caractère beaucoup moins métallique que sur le tragus. On obtient antérieurement le *maximum* d'intensité de la perception, en appuyant avec une force moyenne sur l'angle, entre la racine du zygomatic et l'écaille du temporal, surtout quand on appuie le bord périphérique de la montre contre la saillie du tragus. Sur les autres points, la transmission est encore plus intense que postérieurement dans une étendue d'environ 2 centimètres de circonférence devant le tragus. Postérieurement, au contraire, le *maximum* d'intensité de la perception s'obtient en accolant la montre contre la pointe de l'apophyse mastoïde, juste à l'extrémité inférieure du cône mastoïdien, du côté de l'incisure digastrique. Le son semble pourtant beaucoup plus éloigné de l'oreille. Sur les autres points de la mastoïde, la perception est toujours plus faible, surtout quand on s'éloigne du foyer du maximum d'intensité.

Si l'on désire comparer les perceptions antérieure et postérieure, il convient de prendre pour termes de comparaison la pointe de la mastoïde et le tragus, points de la plus grande perception dans les zones respectives.

Abstraction faite du jugement subjectif qui sert de base pour ces comparaisons ; possédons-nous un moyen nous permettant,

au point de vue objectif, de mesurer le rapport entre ces deux perceptions ? Quoiqu'elle soit incapable de donner des résultats mathématiquement exacts, je proposerai, dans ce but, la méthode suivante assez simple. Il suffira, au lieu d'appliquer la montre directement sur les tables osseuses, d'interposer une tige conductrice en bois, en fer ou en toute autre substance capable de transmettre la vibration au temporal. Nous pourrions ainsi agir de deux façons ; augmenter la longueur de la tige interposée, variant de cette manière la résistance à la transmission des vibrations, et ajouter jusqu'à la disparition totale de la perception du battement ; ou bien inversement, partant d'une longueur de tige qui ne permette pas au battement de la montre d'être perceptible, en diminuer graduellement la longueur, c'est-à-dire (l'instrument étant composé de plusieurs morceaux de la tige glissants ou rentrants l'un dans l'autre) jusqu'à ce que reparaisse la perception.

En comparant chacune des longueurs de tige dans les divers points de l'os, nous obtiendrons un rapport pas tout à fait précis, mais que l'on peut évaluer en chiffres de la conductibilité osseuse pour la montre sur ces divers points. Maintenant, en nous bornant simplement au tragus et à la mastoïde qui sont nos deux termes de comparaison, nous obtiendrons un rapport à peu près de 2 à 1 ; sur la mastoïde, la conductibilité est de la moitié que sur le tragus. Comment expliquer ces différences ? La chose n'est pas si difficile, quand on examine les rapports dans lesquels se trouvent les ondes sonores qui doivent se transmettre de la surface de l'os au labyrinthe.

Les ondes qui proviennent d'une source de sons appliqués sur le tragus cotoient, pour ainsi dire, la paroi antérieure du conduit auditif externe, sont directement transmises à la *membrane tympanique, à la caisse et à la chaîne des osselets*, c'est-à-dire suivant une voie qui est certainement très favorable à leur transmission.

Pour les ondes qui se transmettent au contraire à la surface de l'apophyse mastoïde, la conduction se fait uniquement à la masse plus ou moins compacte de l'os, sans être aidée ni renforcée par la chaîne des osselets. Or, normalement, la voie aérienne tympanique est supérieure à celle qui est exclusive-

ment crânienne, d'où la différence existant dans l'intensité de transmission sur la mastoïde et sur le tragus.

Il est évident, *à priori*, que la bonne conservation de la caisse et de la chaîne des osselets a une grande importance pour la perception antérieure et postérieure tandis que, au contraire, elle n'a aucune influence sur l'état des éléments percepteurs ; ainsi que nous en aurons la confirmation par les faits cliniques.

Pour le moment, une question s'offre d'abord à la pensée : Etant donnée la formule positive de la perception osseuse de la montre quand, pour cause de maladie, la perception osseuse diminue ou disparaît, aura-t-on une diminution égale ou non, c'est-à-dire obtiendra-t-on toujours une formule positive ?

D'après ce que nous avons avancé, il est facile d'admettre que la perception antérieure sur le tragus puisse être diminuée ou même abolie, indépendamment de la perception mastoïdienne, chaque fois qu'il existe un obstacle limité à l'appareil de transmission et qui laisse libre l'élément percepteur ; la proposition inverse sera, au contraire, impossible, puisque lorsque la perception mastoïdienne est abolie on a aussi une diminution correspondante de la perception antérieure imputable à l'affection labyrinthique dont l'abolition de la perception mastoïdienne est le symptôme principal.

Mais outre le raisonnement, nous obtiendrons la réponse à la question posée de deux autres manières par l'expérience et par la clinique.

Nous commencerons par la première : On bouche le conduit auditif avec du coton que l'on introduit très profondément de façon à faire obstacle à la transmission des sons dans l'oreille ; ensuite on applique la montre du côté fermé sur la mastoïde et sur le tragus. Constamment, le son sera transmis beaucoup plus atténué sur le tragus que sur la mastoïde, en même temps il perd le caractère de tonalité basse sur lequel j'ai insisté précédemment. Puis, si pour plus grande sûreté nous voulons mesurer le rapport entre les deux perceptions par la méthode très simple que j'ai proposée, nous obtiendrons comme résultat qu'il faut employer, pour empêcher la transmission du battement de la montre par la voie osseuse sur le tragus, une longueur de tige égale et quelquefois inférieure à celle employée

pour la mastoïde, et cela naturellement d'une manière variable selon que la transmission des ondes sonores par la chaîne des osselets sera plus ou moins embarrassée. On comprend enfin que l'abolition de la fonction de cette dernière, au lieu de faciliter la transmission, lui fait obstacle (ankylose des osselets).

On remarquera, en outre, que le phénomène de la formule inverse pour la montre ne se produit plus, quand on oblitère avec le doigt seulement le conduit auditif externe ; il faut que l'obstacle produise réellement son effet sur la chaîne des osselets comme le coton ou un autre corps, lorsqu'il est introduit profondément, presque en contact avec la membrane ; et plus grande sera l'altération provoquée dans la transmission plus l'inversion sera accentuée.

A la vérité, Corradi <sup>(1)</sup> a presque décrit le fait sans pourtant lui accorder nulle importance. Il dit : que si l'on bouche une oreille normale avec du coton, la montre est mieux perçue du côté fermé ; au contraire, sur l'*apophyse zygomatique ou sur la mastoïde* on a un résultat tout à fait opposé. Il expliquait le fait en disant que la transmission par voie aérienne, c'est-à-dire quand la montre est appliquée sur la mastoïde ou sur la racine du zygomatique réussit bien mieux que par la voie osseuse. En s'éloignant du conduit, la transmission aérienne s'éteint, de sorte que dans certaines conditions la transmission osseuse finit par prédominer.

L'auteur a parfaitement raison de s'occuper de toute autre chose que de déterminer le rapport d'intensité entre la perception osseuse sur le tragus et sur la mastoïde, mais n'a pas noté la différence sur les deux points, négligeant ainsi ce qui est pour moi le point capital.

On pourrait objecter que la perception sur le tragus et sur l'apophyse zygomatique ne serait, en dernière ligne, que la transmission ordinaire à travers le conduit ; dans ce cas, en réalité, comparant la perception osseuse sur la mastoïde et sur le tragus on ne ferait, au contraire, que comparer entre elles les transmissions osseuses et aériennes de la montre. Pourtant, afin que l'on puisse identifier les deux transmissions, il fau-

(1) *Op. cit.*, 63.

draient qu'elles subissent les mêmes effets par l'action d'une même cause, que, par exemple, bien que l'inversion de la formule se produise, la perception sur le tragus et celle par le conduit se conservassent égales. Alors, normalement, la formule typique serait ainsi constituée.

*Transmission aérienne* > *Tr. sur le tragus* > *Tr. sur la mastoïde*

Quand on a l'inversion, la formule peut être ainsi exprimée.

*Tr. mastoïdienne* > *Tr. aérienne* > *Tr. sur le tragus*  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Le rapport réci-} \\ \text{proque entre les} \\ \text{deux dernières} \\ \text{quantités pou-} \\ \text{vant subsister.} \end{array} \right.$

Parfois on a le type suivant :

*Tr. mastoïdienne* > *Tr. sur le tragus* > *Tr. aérienne*  $\left\{ \begin{array}{l} \text{dans ce cas, il} \\ \text{est évident que} \\ \text{la transmission} \\ \text{sur le tragus,} \\ \text{en raison des oc-} \\ \text{clusions est deve-} \\ \text{nue supérieure à} \\ \text{la transmission} \\ \text{aérienne.} \end{array} \right.$

Et maintenant, adressons-nous à la pathologie, et demandons-lui la confirmation de ce que l'induction seule, l'expérience plus tard nous ont déjà fait admettre.

Jusqu'à ce que j'eus idée de contrôler la théorie sur les malades de mon service de la Polyambulance, l'attention se porta sur les cas plus simples, dans lesquels l'interprétation des manifestations symptomatiques et des altérations provoquées est plus sûre. Je veux parler des bouchons de cérumen qui constituent une occlusion presque naturelle et spontanée (faisant contrepoids à l'oblitération artificielle que nous produisons auparavant avec le coton) du conduit d'autant plus importante qu'elle atteint les parties plus profondes du conduit, le cérumen s'accumulant sur la membrane tympanique et entravant le fonctionnement de la chaîne des osselets. D'autre part, dans ces cas nous pouvons être assurés (comme nous ne le

sommes pas dans la plupart des affections auriculaires), que l'appareil de perception est sain et que les altérations fonctionnelles sont exclusivement dues à l'obstacle apporté par le cérumen sur l'organe de transmission ; dès que le bouchon sera enlevé, l'état redeviendra normal, et l'ouïe se rétablira d'une manière parfaite. Bien entendu, je veux parler ici de bouchons de cérumen simples ; c'est-à-dire dans lesquels n'existent pas d'autres altérations plus ou moins graves, soit secondaires au séjour prolongé du cérumen dans le conduit et de la pression exercée par lui sur la membrane, soit primitive et peut-être même cause de la formation du cérumen.

La surdité provenant d'une occlusion du conduit par le cérumen varie selon la quantité, la consistance et surtout la situation de l'obstacle ; elle ne descend pas ordinairement, pour la voix chuchotée, au-dessous de 1  $\frac{1}{2}$  à 2 mètres. Politzer, dans son traité, ne parle pas à ce propos d'épreuves que l'on peut faire avec la montre au contact, et il se borne à dire que fréquemment la voix n'est plus perçue, et que dans ces cas on peut, *a priori*, suspecter la coexistence d'autres troubles, affectant l'oreille interne.

Voici une observation typique :

A. V., machiniste, 36 ans. — *Bouchon de cérumen*. — Il n'a souffert d'aucune grande maladie, nul antécédent auriculaire ; pas de spécificité. Depuis quelques jours, bruits intenses dans l'oreille droite avec diminution de l'ouïe.

*Or, droite.* Voix chuchotée 3 mètres, Weber à droite ; et Rinne négatif pour les tons bas ; perception de la montre par contact disparue tout à fait sur le tragus pendant qu'elle se conserve discrètement sur la mastoïde et par voie aérienne à quelques centimètres du pavillon. Bouchon de cérumen.

*Or, gauche.* Membrane tympanique normale non rétractée ni opaque. Voix chuchotée dépassant 5 mètres ; montre mieux perçue au contact sur le tragus que sur la mastoïde et à la distance de 1 mètre par la voix aérienne.

Après l'extraction du cérumen, la membrane apparaît rougie mais non altérée. — Le Rinne devient positif. Le Weber est localisé à droite. La montre est mieux perçue au contact en avant que sur la mastoïde.

Au bout de quelques jours il revient. La membrane tympanique



n'est plus rouge, parfaitement normale. Il n'a plus eu de bourdonnements. Acuité auditive intacte, la montre est toujours mieux perçue au contact sur le tragus.

B. G., typographe, 28 ans. — *Bouchon de cérumen*. — Surdité sans antécédents, bruits quelquefois accompagnés de vertiges. Bouchon de cérumen à droite. Le malade est intelligent, et analyse très bien ses sensations. Le fait de l'inversion pour la montre à droite est absolument évident, au point que le malade lui-même est stupéfié de voir que le côté gauche se comporte inversement avec la montre. L'extraction du bouchon entraîne la cessation de tous les accidents.

Je pourrais citer un grand nombre de cas identiques ; mais, je crois non seulement inutile, mais ennuyeux d'en rapporter les observations. Il suffit de dire que sur 50 cas d'occlusion c rumineuse, il n'y en a que deux ayant évolué d'une façon anormale. En voici le récit :

D. G., employé de chemin de fer, 35 ans. — *Syphilis. Bouchon de cérumen*. — Vient nous consulter, parce que, depuis quelques mois, il s'aperçoit d'une diminution de l'audition bilatérale, sans bourdonnements.

Il fut sujet, à diverses reprises, à des pharyngites et des coryzas, et étant enfant on a dû lui enlever les deux amygdales ; et plus tard des végétations ad no ides.

Pourtant il assure ne s'être jamais aperçu d'une diminution de l'ouïe ni de bruits et c'est seulement depuis quelques mois qu'est survenue la surdité pour laquelle il vint consulter. Après quelques minutieuses interrogations, on réussit à établir que le malade, trois ans auparavant, aurait été affecté de chancre dur, qu'il avait eu plus tard la rougeole et des papules muqueuses dans la bouche. Depuis quelque temps, les accidents syphilitiques sont enray s.

L'examen de l'oreille démontre : *Or. gauche*. Bouchon de cérumen, plutôt deux, de couleur blanchâtre, de date apparemment ancienne. *Or. droite*, membrane tympanique opaque non rétractée ; le triangle lumineux a presque disparu. Weber à droite. Rinne positif bilatéral. Voix chuchotée   2 mètres des deux côtés. La montre au contact est mieux perçue antérieurement que sur la mastoïde bilatéralement, sans modification sensible du côté où réside le bouchon de cérumen. Après l'ablation, à gauche, on

voit la membrane tympanique opaque comme à droite, la voix chuchotée n'est pas mieux perçue ; on entend mieux la montre sur le tragus. L'examen par les diapasons démontre une diminution considérable pour les tons aigus.

Evidemment, ici le bouchon de cérumen était un hôte innocent et l'affection principale était probablement une otite spécifique qui aurait intéressé l'oreille interne.

Malgré l'administration de l'iode, on a observé une légère amélioration pour la voix chuchotée ; la perception osseuse sur le tragus demeure pourtant toujours supérieure à la mastoïdienne.

S. F., typographe, 29 ans. — *Otite moyenne et interne grave. Bouchon de cérumen.* — Il raconte que quatre ans auparavant il fut soigné dans un autre service pour une surdité bilatérale qui s'améliora. Depuis un mois, la surdité s'est aggravée au point de le faire renoncer à ses occupations, car il ne comprend plus les ordres qu'on lui donne. Etant enfant, il a souffert de fréquentes pharyngites et actuellement il se plaint de coryza, d'enrouement en hiver. L'examen démontre l'existence d'un bouchon de cérumen à gauche ; à droite, membrane tympanique rétractée opaque.

Voix chuchotée o. Voix de conversation *ad concham*. Le Rinne est pourtant négatif.

La transmission du battement de la montre au contact est abolie presque partout, moins sur le tragus où il persiste encore une très légère perception. Les tons bas sont encore perçus, les tons aigus manquent presque totalement.

Il existe ici une symptomatologie typique d'une otite moyenne et interne, la montre est moins mal perçue sur le tragus que sur la mastoïde.

Cela augmente l'importance de l'examen de la perception de la montre sur le tragus pour le diagnostic des lésions de l'appareil de transmission, en comparaison de celles de l'appareil de perception révélé par l'examen mastoïdien.

T. R., domestique, 29 ans. — *Otite m. purulente chronique. Bouchon de cérumen bilatéral.* — Elle vint nous trouver en se plaignant d'une surdité bilatérale survenue depuis une vingtaine de jours avec diminution légère dernièrement. L'oreille gauche aurait été déjà affaiblie. La malade affirme n'avoir jamais souffert de maux d'oreille.

On rencontre, à l'examen, un bouchon de cérumen bilatéral. Le Rinne est négatif. La voix chuchotée est perçue à environ 3 mètres bilatéralement. La montre, au contact, est perçue mieux

postérieurement qu'antérieurement. La symptomatologie est celle d'un bouchon de cérumen simple.

Je fis l'extraction du bouchon puis j'appliquai la montre, après avoir enlevé le cérumen, et elle fut encore mieux perçue sur la mastoïde, bien que l'on ait une amélioration *ad concham*. Le cas n'était pas aussi simple qu'il semblait à première vue ; l'obstacle de l'appareil de transmission n'étant pas limité au bouchon de cérumen.

En effet, à l'examen de la membrane tympanique maintenant découverte, on trouve :

*Or. gauche.* Perforation du segment antérieur, sans sécrétion purulente, à bords calleux, grosse comme une petite lentille à travers laquelle apparaît la muqueuse de la caisse un peu épaissie mais pourtant non granuleuse.

*Or. droite.* Membrane rougie avec cicatrice antérieure présentant au centre une très petite perforation à bords calleux non infiltrés, plus en arrière, plaques calcaires.

Evidemment, nous sommes en présence des restes d'une otite purulente chronique dont la malade ne se rappelle même pas l'existence. Les lésions appartiennent à l'appareil de transmission ; par correspondance la perception de la montre p. c. est diminuée sur le lieu d'élection.

**B. P. Otite m. aiguë avec exsudation. Paracentèse, guérison.** — Depuis quelques jours, il accuse des douleurs à l'oreille droite avec accès très aigus ; irradiation dans toute la sphère du trijumeau, pourtant la douleur est surtout accusée au fond du conduit auditif externe. Aussi, à gauche on a un léger engourdissement mais pourtant pas avec exacerbations aussi fortes qu'à droite. Actuellement, diminution notable de l'ouïe bilatérale, plus forte à droite. La malade a très mauvaise mine parce que depuis quelques nuits elle ne peut fermer les yeux en raison de vives douleurs.

À l'examen du tympan on note :

À droite : membrane tympanique fortement rougie ; inférieurement on a une teinte blanchâtre qui est due probablement à l'exsudation catarrhale ou purulente de la caisse qui est transparente. Le long du manche du marteau on voit deux vaisseaux très dilatés. La pression sur la membrane est très douloureuse.

À gauche la membrane tympanique est à peine légèrement rougie ; il s'agit peut être d'un phénomène sympathique dû à l'otite aiguë droite qui influe sur l'oreille de l'autre côté.

Rinne négatif bilatéral plus accentué à gauche ; Weber à droite.

Voix chuchotée à droite, perçue à 2 mètres et à gauche à 5 mètres. La montre p. c. à gauche présente la perception normale, à part peut-être une très légère diminution de la perception antérieure (demeurant toujours supérieure à la mastoïdienne).

A droite, diminution très forte sur le tragus, bien conservée au contraire sur la mastoïde.

Je pratique la paracentèse à droite et j'obtiens tout de suite l'issue de deux ou trois gouttes de pus. Pansement à la gaze stérilisée. Les suites furent assez longues, suppuration assez abondante pendant une semaine; la perforation prit une forme circulaire; puis elle diminua graduellement, et se ferma en quinze jours. La montre p. c. était perçue également sur le tragus et sur la mastoïde. Il y avait donc amélioration, puisque la voix chuchotée était revenue à 4 et 5 mètres. Pourtant l'examen avec la montre démontre que l'appareil de transmission n'était pas encore redevenu normal. Un mois après on avait presque le même résultat, ce qui démontre qu'une otite purulente aussi aiguë et à brève évolution laisse à peu près toujours après elle quelque fibre conjonctive qui entrave plus ou moins la transmission des ondes sonores. Le pronostic doit être toujours plutôt réservé dans ces cas au moins en ce qui regarde la fonction acoustique.

Voici une observation relativement intéressante concernant une otite aiguë d'origine très probablement syphilitique.

F. N., employé, 35 ans. — Un an auparavant, syphilome primitif de l'amygdale droite; ensuite plaques muqueuses buccales; chute des cheveux, rougeole syphilitique. Peu de jours avant serait survenue une surdité avec douleurs très intenses à l'oreille droite, tandis qu'il se promenait tranquillement; la douleur dura quelques heures et puis s'atténua, mais la surdité persista; au bout de trois ou quatre jours la douleur reparut et il vint consulter.

La membrane tympanique est rougeie, le manche du marteau est invisible; Rinne négatif. Weber localisé du côté droit. La voix chuchotée diminuée est sous entendue à environ 50 centimètres à peine. La montre p. c. est encore perçue sur le tragus, mais moins distinctement, et tout à fait abolie sur la mastoïde.

Nous avons un cas très intéressant pour l'étiologie et la concordance avec l'infection syphilitique; on sait que dans les otites

moyennes syphilitiques il y a tendance à l'envahissement immédiat du labyrinthe et que, comme le dit Politzer, on a l'abolition complète de la perception de la montre (pag. 295). Dans ce cas, l'inflammation labyrinthique démontre la perte de la perception osseuse sur la mastoïde tandis qu'elle persiste, quoique bien diminuée, sur le tragus.

Il survint ensuite une suppuration qui guérit en peu de jours sous l'influence des iodures et de frictions mercurielles ; quand celle-ci eut cessé, l'ouïe s'améliora, la perception mastoïdienne ne reparut plus ; l'otite interne syphilitique avait laissé des vestiges sur le labyrinthe.

On observe les mêmes faits pour la montre dans les otite, moyennes aiguës simples, que dans les otites purulentes chroniques si communes. On sait qu'ordinairement les suppurations chroniques de l'oreille sont rarement une cause de surdité aussi grave que la sclérose de la caisse ; on a tendance à attribuer une grande importance au fait que, dans cette dernière, la maladie envahit avec grande facilité l'oreille interne, produisant ainsi une surdité rebelle à tout traitement.

Cette opinion est appuyée sur le résultat de l'épreuve de la montre par contact, fait dans un grand nombre d'otites purulentes chroniques dont je rapporterai ici quelques cas :

R. L. B., ménagère. — Depuis plusieurs années elle souffre d'écoulement purulent de l'oreille gauche ; la sécrétion est ordinairement peu abondante. Depuis quelque temps, bourdonnements bilatéraux spécialement à gauche, prenant une tonalité basse et une intensité telle, en quelques instants, qu'elle devient presque sourde. L'ouïe serait normalement assez bien conservée, la voix chuchotée est perçue à 3 mètres et 4 mètres à gauche.

Rinne négatif : les symptômes les plus désagréables au point de vue subjectif sont les bruits. La membrane tympanique gauche présente une large perforation qui occupe toute la moitié postérieure de la membrane et est recouverte de pus épais et abondant, le reste de la membrane antérieure est épaissie, blanchâtre, avec infiltrations calcaires. A droite, la membrane est aussi opaque et présente une petite perforation ronde au-dessous du manche du marteau, sèche, à travers laquelle apparaît la muqueuse pâle du promontoire.

L'examen par la montre p. c. donne un résultat inverse ; la montre est perçue des deux côtés plus faiblement sur le tragus que sur la mastoïde ; ce qui concorde avec les résultats de tous les autres examens, y compris celui des diapasons bas qui sont peu perçus, tandis que les moyens et les aigus le sont beaucoup mieux. Ces examens prouvent donc que la lésion n'a pas touché l'oreille interne ; les bruits peuvent tout au plus démontrer qu'une irritation du labyrinthe existe, sans qu'il y ait pourtant de graves lésions de cet organe.

Dans la série des affections plus répandues, les otites m. catarrhales peuvent affecter, surtout chez les enfants, une importance très grande. Le cas suivant sert d'exemple :

P. S., écolier, 9 ans. — La mère le conduit à la consultation parce que l'enfant crie depuis quelques temps, il se plaint de bourdonnements d'oreille surtout à droite et quelquefois aussi de quelques douleurs du même côté. En outre, souvent il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et ceci d'une manière variable, selon les heures du jour et plus spécialement selon le temps qu'il fait.

L'examen de la membrane tympanique droite fait découvrir une saillie notable du segment ant. inf. à travers lequel transparaît une couleur jaunâtre ; c'est-à-dire on a une bouffissure contenant du mucus. D. V. à droite ; Rinne négatif. Voix chuchotée à 2 mètres à peu près pour les paroles faciles ; c'est-à-dire les symptômes d'une otite catarrhale.

La perception osseuse de la montre est presque abolie sur le tragus, bien conservée sur la mastoïde.

Je pratique la paracentèse et j'obtiens tout de suite la sortie du mucus contenu dans la bulle tympanique. Pansement antiseptique, fermant le conduit avec de la gaze.

Les jours suivants, insufflations d'air pour obtenir l'évacuation de l'exsudat dense contenu dans la caisse. Au bout d'une semaine, la perforation artificielle est fermée ; après dix jours, l'aspect est normal ; l'acuité auditive pour la voix chuchotée est revenue à 5 mètres. Rinne négatif (ce qui d'ailleurs a peu de valeur) la perception osseuse pour le tragus est rétablie de manière à être devenue supérieure à celle de la mastoïdienne.

Le cas est par là des plus typiques et l'examen comparatif de la perception osseuse de la montre constitue un bon symp-

tôme pour établir que l'on a affaire à une lésion qui envahit seulement, ou du moins principalement, l'appareil de transmission.

Il me semble inutile de rapporter d'autres cas analogues qui ne feraient qu'allonger ce travail sans y ajouter aucun intérêt.

Je me bornerai donc à une dernière observation d'otite interne, avec vertige de Ménière.

B. A., brigadier d'octroi, 45 ans. — Depuis deux mois il s'est aperçu d'une diminution de l'ouïe bilatérale avec bruits très espacés. Les symptômes les plus ennuyeux, surtout pour ses occupations, sont les vertiges survenant de temps en temps, par crises quelquefois légères, à peine sensibles et fugaces, et parfois au contraire plus accusées qui le rendaient hébété pendant un certain temps. Il n'était jamais tombé par terre, mais il craignait que cela put arriver. Pas de vomissements mais seulement quelques nausées précédant les accès.

Les membranes tympaniques des deux côtés ne sont pas opaques ni rétractées, le triangle lumineux subsiste, bien conservé. Rinne positif. Weber non latéralisé. Voix chuchotée 2 mètres.

Les tons bas sont assez bien perçus, moins bien les moyens, moins encore les plus aigus. Pour le sifflet de Galton on arrive jusqu'au n° 6.

Il résulte de l'absence d'altération de la caisse et des épreuves acoustiques, qu'il s'agit d'une otite interne avec syndrome de Ménière. Interrogeons aussi l'épreuve de la perception osseuse de la montre, elle répondra que la montre encore perçue *ad concham* sur le tragus ne l'est plus sur la mastoïde, ce qui vient précisément confirmer notre premier diagnostic.

La pathologie a ainsi confirmé les résultats de l'induction, de l'expérience. L'examen comparé de la transmission osseuse pour la montre sur le tragus\* et sur la mastoïde pourra nous fournir un bon jugement pour la localisation de la sphère auditive atteinte. La grande simplicité, la facilité et la brièveté d'exécution, le fait qu'elle ne réclame du malade aucun effort spécial d'intelligence, au point de pouvoir être intercalée, je dirai presque incorporée à l'examen de l'acuité auditive, donne à celle-ci un grand avantage sur beaucoup d'épreuves que nous avons passées en revue.

Tandis que celles-ci, comme nous avons pu le remarquer, ne

peuvent pas nous donner de résultats appréciables s'il n'existe pas une lésion fonctionnelle très grave; l'épreuve de la montre a, au contraire, sa meilleure indication dans la surdité peu prononcée. Aussi, pour le pronostic, on peut utiliser les données de l'épreuve que j'ai proposée et je me rappelle avoir, dans quelques cas, émis un pronostic défavorable pour une surdité grave, rien que parce que la transmission de la montre était abolie sur le tragus et conservée sur la mastoïde. Le résultat du traitement me donna parfaitement raison. En tous cas, tandis qu'avant, avec l'épreuve de la montre p. c. on avait seulement deux chances, persistance ou abolition de la perception, avec la méthode que je propose on peut avoir, au contraire, des graduations infinies, résultant de ce que la perception sur le tragus et celle sur la mastoïde sont en rapports très variables, ainsi que nous l'avons vu dans les diverses observations.

## BIBLIOGRAPHIE

- SCHMALE. — « Die Benützung der Stimmgabel etc. », *Preuss. Vereinszeitung*, 1848.
- POLITZER. — « Neue Untersuchungen über die Anwendung von Stimmgabeln », *Wien. med. Woch.*, 1863.
- Id. « Beiträge zur Gehörprüfung mit der Stimmgabel », *Wien. med. Presse*, 1869.
- LUCAS. — « Die Schalleitung durch die Kopfknochen, etc. » Würzburg, 1870.
- KESSEL. — « Ueber die Verschiedenheit d. Intensität eines linear Erregenschalles in verschiedenen Richtungen », 1872, *Arch. f. Ohrenh.*
- HARTMANN. — « Ueber Hörprüfung », *Arch. f. Ohrenh.* Bd. VI.
- DENNERT. — « Zur Analyse des Gehörorgans durch Töne », *Berlin, klinisch. Woch.*, 1881.
- JACOBSON. — « Ein neuer telephonischer Apparat zur Untersuchung etc. », *Deut. med. Woch.*, 1885.
- BING. — « Zur Lehre der Kopfknochenleitung », *Wien. med. Blätter*, 1892.
- CORRADI. — La sensibilità per toni acuti e bassi. *Arch. intern.* 1891.
- Id. « Importanza diagnostica della percezione dei suoni per via cranienae ed aerea », *Arch. ital. di otologia*, 1893-94.
- LUCAS. — « Kritisches über Stimmgabeluntersuchungen », *Arch. f. Ohrenh.*, XXII.
- CORRADI. — « Intorno al valore diagnostico dell' esperimento di Weber », *Arch. intern. di laring.* VI.
- BING. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1891.
- GELLÉ. — *Bullet. de la Société de Biologie*, 1892.
- LUCAS. — *Arch. f. Ohrenh.* XXIII, 191.
- BAUMGARTEN. — *Arch. f. Ohrenh.* XXIII, 193.
- BING. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1892.
- POLITZER. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1891.
- EITELBERG. — « Zur differential Diagnose der Affectionen des schalleitenden und des schallempfindenden Apparats », *Wien. med. Presse*, 1887.



## FRACTURES RARES DU NEZ NÉCROSE ET ÉLIMINATION DU CORNET INFÉRIEUR

Par **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les fractures de la cloison et des os propres du nez sont largement connues et ont été l'objet de nombreux travaux. Il n'en est plus de même pour les fractures de la branche montante du maxillaire supérieur et surtout pour celles du cornet inférieur dont la partie antérieure repose directement sur la branche montante. Nous ne pensons pas, cependant, que ce genre de fractures doive être exceptionnel ; mais comme ces accidents sont rarement soumis à l'examen des rhinologistes, on conçoit que la nature intime de la fracture soit le plus souvent méconnue.

Ce n'est pas à dire que les fractures de la branche montante n'aient été l'objet d'aucune attention. On a signalé des fractures de la branche montante avec troubles de la sécrétion lacrymale par lésion du canal nasal. On en a cité avec fracture des cornets et de l'ethmoïde (voir les travaux de Zuckerkandl). Mais toutes ces observations sont fort peu détaillées en ce qui concerne le cornet inférieur. C'est précisément la fracture du cornet inférieur que nous visons aujourd'hui dans cette courte note.

Nous ne connaissons, jusqu'ici, qu'un seul cas de fracture du nez avec nécrose et élimination du cornet inférieur. C'est le cas de Freytag de Magdebourg (« Zur Kenntniss der Nasenfracturen », *Monats. f. Ohren.*, mars 1896). A ce cas, nous sommes heureux d'en ajouter un personnel ; mais, tout d'abord, nous allons résumer l'observation de Freytag.

## OBSERVATION DE FREYTAG (résumé).

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, examiné à la clinique de Gratz, en octobre 1893. Cet enfant reçut à l'école un fort coup de poing sur le nez. Quoique ressentant une vive douleur, il cacha la chose à sa mère et parla d'une simple chute sur le nez.

Au bout de quinze jours, la maladie s'étant aggravée, on amena l'enfant à la clinique. Le nez était très enflammé au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur droit. La douleur persistait, et le dos du nez élargi était, en même temps, enfoncé en forme de selle. Dans la fosse nasale, il existait une tumeur rouge grisâtre, dépressible à la sonde. Le cathétérisme nasal était très douloureux et la rhinoscopie postérieure était impossible. L'enfant avoua alors seulement qu'il avait reçu un coup. La fracture de l'apophyse montante avec séquestres osseux était évidente, mais on ne pouvait distinguer la partie osseuse réellement atteinte. Au dire de la mère, la dépression du nez en selle n'aurait pas existé depuis le début.

Un essai d'extraction avec une pince à pansement ne pût être poursuivi à cause de la douleur; la parcelle osseuse nécrosée resta refoulée vers la partie postérieure de la fosse nasale. Le lendemain, l'enfant rapporta un morceau d'os nécrosé et recouvert de muqueuse sphacélée, ce morceau avait été rejeté par le naso-pharynx et la bouche.

Nous ne nous étendrons pas sur les dimensions précises du séquestre, nous nous contenterons de dire qu'il s'agissait réellement du cornet inférieur, ou, pour être plus exact, de la plus grande partie de ce cornet.

Après cette élimination, la cavité nasale droite était dilatée, mais l'ozène avait disparu.

D'après Freytag, c'est là le premier cas de fracture isolée du cornet inférieur; mais il est convaincu que ces cas deviendront certainement plus fréquents, grâce aux progrès de la rhinologie.

La lecture de cette observation nous a remis en mémoire un cas semblable que nous avons observé au commencement de l'année 1895 et que nous avons négligé de publier. On verra, par la lecture de notre observation, combien sont nombreux les points de ressemblance entre les deux cas.

## OBSERVATION PERSONNELLE

Il s'agit d'une fillette de 4 ans qui fut soumise à mon examen le 18 février 1895. L'affection a été causée par le choc d'une balle pleine maladroitement lancée et qui atteignit le nez de l'enfant sur le côté droit. Il y a deux ans environ qu'eût lieu l'accident.

Tout d'abord, l'enfant éprouva une vive douleur, mais cette douleur ne dura qu'une partie de la journée. Au moment de l'accident, il n'y eut pas d'épistaxis ; on ne constata presque aucune marque extérieure et l'enflure nasale fut, en quelque sorte, nulle. On eut soin de laver le nez avec de l'eau froide et on n'attacha pas d'autre importance à cet accident. La mère de l'enfant ne se souvient même pas s'il survint consécutivement de l'obstruction des fosses nasales.

Cependant, une ou deux semaines après l'accident, le nez devint le siège d'une sécrétion purulente et fétide.

L'enfant fut soigné successivement par plusieurs médecins, tant à Vienne qu'à Saint-Etienne, mais personne ne put arriver à découvrir la véritable cause de l'ozène et de la suppuration. On prescrivit des insufflations d'acide borique, mais ces insufflations provoquaient des hémorragies et on dut les supprimer.

Comme l'enfant s'enrhumait avec la plus grande facilité, on croyait à l'existence d'un coryza vulgaire ; on ne soupçonnait nullement la possibilité d'une fracture interne. D'ailleurs, l'examen fut très superficiel.

La veille du jour où la malade m'est présentée, la mère de l'enfant aperçoit, près de la narine droite, une sorte de corps étranger, elle pense que l'enfant a dû s'introduire quelque chose dans la fosse nasale. Elle fait quelques tentatives d'extraction, mais la résistance qu'elle éprouve l'empêche de continuer. Elle conduit la petite malade chez mon confrère, le D<sup>r</sup> Reymond (de Monplaisir) qui, le premier, pratique le cathétérisme de la fosse nasale et constate la présence d'un corps dur ayant l'apparence d'une parcelle osseuse nécrosée. Mon confrère introduit dans le nez une simple pince à pansement et retire, sans la moindre peine, une parcelle osseuse nécrosée allongée qui n'est rien autre que le cornet inférieur. Il prescrit des lavages antiseptiques.

Le lendemain, on me fait examiner la malade. L'ozène a déjà

disparu et le nez ne présente plus rien d'anormal en tant que fétidité ou nécrose. Le cornet inférieur a été éliminé presque en totalité.

Il résulte, de cette observation et de celle de Freytag, que les fractures avec nécrose du cornet inférieur sont parfaitement possibles. Mais si, dans le cas de Freytag, l'évolution de l'affection a été rapide, il n'en a pas été de même dans notre cas, puisque l'extraction du séquestre n'a eu lieu que deux ans après l'accident.

Un fait intéressant à signaler dans notre cas, c'est que le traumatisme n'a pas déterminé au début des lésions extérieures aussi étendues que dans le cas de Freytag. On n'a pas observé la moindre déformation extérieure, qui démontre que nous étions en présence d'une fracture encore plus limitée.

Dans les deux cas, nous retrouvons de la suppuration et de l'ozène. On aurait pu croire, à la rigueur, à des rhinolithes ou à des lésions syphilitiques héréditaires ; mais la nature même du début de l'affection rendait cette hypothèse inadmissible.

On se demande comment le cornet inférieur peut être ainsi intéressé isolément dans les traumatismes du nez. Il est difficile d'élucider la question d'après ces deux simples faits. Le traumatisme, dans ces cas, produit-il une fissure au niveau de l'insertion du cornet inférieur ? Ou bien, se nécrose-t-il par suite de la formation d'une sorte d'hématome suppuré, comme cela s'observe du côté de la cloison nasale ? Des cas ultérieurs peuvent, sans nul doute, nous donner la solution du problème.

---

### III

## DU VERTIGE AURICULAIRE DU AUX AFFECTIONS INTRA-TYMPANIQUES

Par **C. J. BLAKE** (1).

Malgré qu'on ait déjà beaucoup écrit à propos du vertige auriculaire, le champ d'observation est encore très vaste car il concerne l'organe central de périphérie et d'équilibre et de nombreuses ramifications réflexes qui l'unissent aux autres parties du corps tant au point de vue physique que physiologique. Le but de ce travail consiste surtout attirer l'attention sur les troubles graves de l'organe périphérique d'équilibre, plutôt qu'à expliquer les formes simples produisant un ensemble d'accidents qu'on observe toujours dans les vertiges où l'oreille joue un rôle.

En considérant la structure de la portion du labyrinthe consacrée à l'équilibre (un schéma sera nécessaire pour s'en rendre compte) on voit une cavité remplie d'un fluide incompressible dans lequel plongent les organes tactiles transmettant le mouvement aux cellules nerveuses. Tous les mouvements communiqués à travers ce fluide sont dirigés d'avant en arrière, soit qu'il s'agisse de la transmission des mouvements pulsatiles des ondes sonores, ou des impulsions plus puissantes dues aux mouvements moins délicats communiqués à l'aide de l'appareil transmetteur des sons de l'oreille moyenne et partant de l'air extérieur, ou bien par transmission osseuse, ou enfin au moyen de la circulation.

Il est certain que si la déviation de la ligne d'équilibre d'un

(1) Lu à la Société médicale de perfectionnement. (*Society for medical improvement*) de Boston, le 25 janvier 1897.

corps ciliaire passant à travers l'ouverture d'un canal semi-circulaire, produite par l'inertie d'un corps fluide de trois à cinq millimètres de long et moins d'un demi-millimètre de diamètre, peut causer des troubles moteurs, une déviation permanente d'un corps ciliaire résultant de la pression sur le corps fluide dans lequel il pénètre, produirait une sensation motrice, dont la persistance dépendrait de la continuité de la pression ou de l'adaptation sensorielle d'un état anormal. C'est de cette façon que, d'après nos connaissances actuelles sur la structure et les fonctions de l'organe d'équilibre du labyrinthe, nous déduirons l'effet qui serait produit par une pression externe qui s'exercerait sur le corps fluide, dans lequel l'extrémité tactile de la branche postérieure du nerf auditif est située. Cette pression externe serait influencée à un degré plus ou moins prononcé par la pression exercée sur la membrane des fenêtres ronde ou ovale, et durerait moins longtemps, mais probablement ne serait pas atténuée par l'augmentation de la pression sanguine et la dilatation successive des vaisseaux à l'intérieur du labyrinthe.

Ainsi que l'ont démontré les récentes expériences de Burnett et d'autres auteurs, tout mouvement de la base de l'étrier à l'intérieur, sur la membrane de la fenêtre ovale, provoque un mouvement correspondant sur la membrane externe de la fenêtre ronde, et vice-versa. Il va de soi que, lorsque l'excursion de l'étrier à l'intérieur dépasse la limite requise pour la transmission de la plus longue onde sonore du son musical, le plus grave apprécié par une oreille humaine, le déplacement du fluide peut exercer une action définitive sur la déviation de la normale des corps ciliaires pénétrant dans les extrémités ampullaires des canaux semi-circulaires ; aussi dans quelques cas croit-on avoir affaire à une région d'immunité entre le déplacement de la longue onde sonore et le mouvement grossier pouvant engendrer des troubles d'équilibre, et ce n'est qu'après que le déplacement du fluide dans le labyrinthe est devenu distinctement mécanique, que ce déplacement périphérique se transmet aux sens comme le déplacement d'un corps dans l'espace.

L'observation clinique de cas certains de vertige auriculaire

démontre deux faits : 1° que le degré de troubles de l'équilibre est, toutes choses égales d'ailleurs, en relation avec le degré de déplacement du fluide produit par les causes mécaniques, et 2° que le nerf auditif ne fait pas exception à la tolérance généralement acquise de l'influence troublante dans les limites possibles de compensation. Etant donné un degré de déplacement du fluide dans les canaux semi-circulaires dépendant de la pression interne de la base de l'étrier pouvant entraîner des vertiges, il va de soi que même par la continuation du déplacement, les accidents vertigineux diminuent graduellement et finalement disparaissent par suite de la tolérance graduelle acquise dans des conditions anormales, et s'affaiblit seulement par l'augmentation de déplacement due à une nouvelle incursion de l'étrier, ou à l'augmentation de la pression intra-labyrinthique provoquée par la circulation plus active des vaisseaux sanguins à l'intérieur du labyrinthe, ou une dilatation vasculaire plus prononcée avec élévation de la pression sanguine dépendant de la suspension de l'inhibition vaso-motrice d'origine réflexe.

Les observations suivantes serviront à montrer les formes ordinaires de troubles mécaniques, résultant parfois du vertige auriculaire.

I. Femme de 50 ans, atteinte, à la suite d'une otite moyenne suppurée gauche dont elle souffrit étant enfant, d'une destruction étendue de la membrane tympanique, et de formation de bandes cicatricielles reliant fortement l'extrémité inférieure de la longue apophyse du marteau à la paroi tympanique interne. A la suite d'un catarrhe naso-pharyngien aigu grave, l'otite moyenne suppurée récidiva avec formation de granulômes dans la portion supéro-postérieure du tympan et au voisinage de l'étrier. La malade ne prit pas garde à son état jusqu'à ce qu'elle ressentit des maux de tête qui augmentèrent graduellement et se compliquèrent de sensations de vertiges légères mais continues, associées à des bourdonnements en même temps que les douleurs augmentaient au point que le malade dut prendre le lit; toute tentative de se tenir debout était accompagnée d'un tel vertige qu'elle dut renoncer à s'occuper de son intérieur. L'examen de l'oreille pratiqué à ce moment démontra la présence d'une masse granuleuse ferme, se projetant en avant, le

long du bord postéro-supérieur de l'anneau tympanique et couvrant par conséquent la région de l'étrier, l'enclume était absente ou cachée dans la masse granuleuse ; lorsque la malade s'asseyait sur son lit pour se faire examiner, il fallait la soutenir, et tout mouvement de la tumeur, surtout la pression directe à l'intérieur et au dessus, produisait un degré de vertige insupportable. L'ablation de la masse granuleuse fut effectuée au moyen d'une pince recourbée, et par morcellement, mais on dut agir avec ménagement en raison du vertige et des nausées qui accompagnaient les mouvements de la tumeur. Durant l'opération on vit que l'enclume manquait, et lors de l'extraction finale de la portion principale de la masse qui prenait directement la tête de l'étrier il se produisit une sensation de soulagement des principaux accidents ; le vertige, la douleur et en partie les bourdonnements disparurent pendant les trois jours suivants que la malade passa au lit.

II. Homme de 32 ans, ayant souffert étant enfant d'otite moyenne suppurée, avec cessation entière de l'écoulement pendant plusieurs années, prit froid et ressentit à la suite des douleurs au fond de l'oreille et il se produisit un léger écoulement muco-purulent. Le malade prêta peu d'attention à ces accidents et continua à travailler comme clerc, jusqu'à ce que les souffrances eussent augmenté et dégénéré en vertige, accompagné de nausées et de vomissements, et le forcèrent à abandonner ses occupations. Lorsque je le vis pour la première fois, il était couché et se plaignait d'un vertige incessant qui augmentait à chaque mouvement du corps et surtout quand le malade voulait s'asseoir ; à ce moment il avait toujours tendance à tomber à gauche. L'oreille droite était indemne, mais portait les traces d'une suppuration antérieure ; l'examen de l'oreille gauche révéla une destruction de la membrane tympanique et de la membrane de Shrapnell, et dans l'ouverture située au dessus de la courte apophyse du marteau, hypertrophiée par la destruction préalable des parties molles, on distinguait quelques points de tissu granuleux et des fragments d'épiderme desquamé. On enleva les granulations avec un stylet garni d'ouate, et l'on retira avec la pince une quantité suffisante d'épiderme pour amender la pression et le vertige et permettre l'introduction d'une seringue dans l'oreille moyenne. Par des lavages répétés, on fit sortir toute la masse cholestéatomateuse, qui, en s'accumulant dans la partie épitympanique postéro-supérieure, avait tellement pressé



sur la tête de l'enclume qu'elle avait modifié la position de l'étrier et provoqué les vertiges qui disparurent avec l'excision de la masse.

Ces deux cas démontrent suffisamment la forme de pression qui peut engendrer des vertiges et peuvent être considérés comme représentant le vertige auriculaire simple sans complications. Dans le premier cas, la pression s'exerçait apparemment sur la tête de l'étrier, le repoussant en dedans ; dans le second, la pression qui faisait ressortir l'enclume tendait à faire pénétrer l'étrier dans la niche de la fenêtre, et à le faire passer à travers la paroi de la niche inférieure, excepté lorsque les mouvements dans cette direction étaient liés à l'effort du muscle stapédal. Quoique dans le premier cas l'enclume fût défaut et que la continuité de la chaîne des osselets et ses effets de contraction sur l'action du muscle stapédal aient été interrompus, la contraction persistante du stapédus tendrait à secouer la tête de cet os à travers la paroi de la niche postérieure, à incliner en dedans l'extrémité postérieure de la lame et en dehors l'extrémité antérieure, augmentant ainsi la tension du ligament de la base et contrebalançant jusqu'à un certain point la tendance au refoulement de l'étrier par le poids de la masse granuleuse.

Les expériences cliniques sur la mobilisation de l'étrier au point de vue anatomique ont démontré que l'étrier inséré normalement dans la niche de la fenêtre lorsqu'on le sépare de son articulation avec l'enclume et son insertion au muscle stapédal par la section de son tendon, est dans la situation d'un objet détaché plutôt que d'une armature solidement attachée à une membrane basale tendue ; la tension requise pour l'opération de l'étrier associée à celle de la chaîne des osselets et de la membrane tympanique provient des rapports avec les autres parties de l'appareil transmetteur des sons, le muscle stapédal inclus, et par la résistance du corps fluide à l'intérieur du labyrinthe. Des deux muscles de l'appareil de transmission du son qui se contractent, le plus important de beaucoup est le tenseur du tympan et la durée de son action est plus longue en apparence que celle du stapédus, il se produit un certain degré de contraction du muscle tenseur du tympan qui

se consomme en apposant plus exactement les faces articulées de la tête du **marteau** et de l'enclume, avant le début des contractions du muscle **stapédal**. Les faces articulées du manche du marteau semblent fortement attachées à la tête de l'enclume et tendent à entraîner l'os, tant en dehors qu'en dedans, et cette pression transmise à travers l'articulation incudo-stapédale dirige le manche de l'étrier en dehors pas la paroi de la niche inférieure et contrebalance les secousses du muscle stapédal ; cet effet est confirmé au point de vue clinique par la plus grande fréquence relative des adhérences entre la tête et les branches de l'étrier avec la paroi de la niche inférieure dans les otites moyennes suppurées anciennes, et l'effort du muscle tenseur du tympan dans les limites de son trajet, en suivant à l'intérieur la longue apophyse du marteau, est mieux visible dans les cas d'otite moyenne suppurée où la membrane tympanique a été détruite et le marteau repoussé à l'intérieur.

Revenant maintenant aux cas d'otite moyenne non suppurée dont il est question ici, et laissant de côté ces cas de fixation osseuse de l'étrier, qui, d'après les coupes de Politzer, servent non seulement à rendre l'étrier immobile par une production osseuse partant de l'angle de la fenêtre ovale, mais encore à déplacer cet os et à empiéter sur l'espace labyrinthique, nous trouvons, dans les cas avancés d'otites moyennes catarrhales chroniques simples, un épaississement général de la muqueuse tympanique, une contraction du muscle tenseur du tympan, ou une contraction secondaire de son tendon ; la membrane tympanique étant fortement entraînée en dedans il existait une surdité aérienne prononcée en même temps que s'accroissait ou s'amendait l'audition par la conduction osseuse, l'immobilité de l'appareil transmetteur du son empêchant la pénétration des ondes sonores à l'intérieur et s'opposant à leur passage à l'extérieur, et rendant ainsi l'ouïe mauvaise, ou un degré accusé de pression entraînant la suspension de la fonction des appareils transmetteurs du son du limaçon.

Bien que la pression intra-labyrinthique puisse entraver la fonction de la partie réceptrice du son du labyrinthe, elle est insuffisante pour affecter la portion d'équilibre, mais peut toutefois entraîner du vertige auriculaire, car, associée avec

l'augmentation soudaine et accidentelle de la pression labyrinthique due à des troubles de la circulation, ces deux causes peuvent provoquer de l'irritation de l'extrémité des canaux semi-circulaires qui suffit à engendrer les vertiges.

A l'état normal, une augmentation de pression intra-labyrinthique, résultant de la dilatation vasculaire, cause non seulement un mouvement du liquide intra-labyrinthique à travers les canaux de sûreté qu'il alimente, mais aussi un certain mouvement de la membrane de la fenêtre ovale et ronde, surtout de la dernière, à l'extérieur. Etant donnée une fixation de ces parties, on perd la possibilité de la compensation de l'augmentation de la pression intra-labyrinthique, et il faudra un degré moindre de dilatation des vaisseaux intra-labyrinthiques pour produire des troubles de sensation dans l'appareil d'équilibre. Ceci est quelquefois le cas dans les épaissements intratympaniques progressifs où l'affection évolue pendant plusieurs années pour devenir une surdité marquée, et où, au milieu de l'existence, on remarque parfois, en plus de la diminution graduelle de l'audition pour les sons aériens, l'apparence d'un bourdonnement léger au début, puis plus prononcé, à mesure que la surdité s'accroît; enfin, des accidents de vertige persistant, dûs apparemment à l'augmentation de la circulation cérébrale et intra-labyrinthique, d'origine nerveuse, et se terminant par la suspension soudaine de l'inhibition vaso-motrice.

Femme de 42 ans, mariée, trois enfants bien portants, tenant une vaste maison, ayant à remplir beaucoup de devoirs de famille et de société, fatiguée par l'effort qu'elle doit faire pour surmonter une dureté d'oreille remontant à plusieurs années, et augmentant lentement, commence à remarquer des accidents vertigineux, d'abord le matin, et ensuite dans la journée après des exercices prolongés. Le vertige augmenta sans localisation de direction, et avec tendance à tomber en avant. Pendant les deux ou trois jours qui suivirent l'accès de vertige, le vertige diminua, mais il reprit sitôt que la malade s'occupa de nouveau. Après une seconde crise, je fus appelé à pratiquer un examen. L'audition était amoindrie, surtout à gauche, au point de rendre impossible toute participation à la conversation; seule la voix

d'une seule personne était perçue à une distance de trois pieds, et à moins de deux pieds à gauche. L'ouïe, pour le diapason par la conduction osseuse augmente des deux côtés ; l'examen objectif montra la membrane tympanique opaque ; et on reconnut être en présence d'une otite chronique non suppurée progressive bilatérale à marche lente. Afin d'essayer l'influence de l'état général de la malade sur la cause du vertige, ainsi que sur la diminution de l'audition, au lieu de recourir à un traitement local, la malade fut envoyée chez une de ses sœurs habitant une grande ferme avec recommandations pour son régime, l'exercice en plein air, des instructions spéciales pour se reposer et dormir et de petites doses de sulfate de quinine (un huitième de grain toutes les deux heures).

Au bout de six mois de cette existence, la malade retourna chez elle et reprit ses occupations. Depuis trois mois elle n'a plus de vertiges, les bourdonnements ont diminué et l'ouïe s'est légèrement améliorée. Elle se porta bien pendant près de deux ans, puis le vertige reparut, précédé de bourdonnements augmentant graduellement. Une autre période de repos suffit à guérir ces accidents. Trois ans après, je revis la malade, qui dans l'intervalle s'était bien trouvée, avait supporté parfaitement la ménopause ; la surdité n'avait pas dépassé la limite de ce qu'on observe ordinairement dans les cas progressifs.

---

#### IV

### LA PONCTION DE LA FENÊTRE RONDE DANS LES VERTIGES, BOURDONNEMENTS ET QUELQUES AFFECTIONS DU LABYRINTE (1)

(DEUXIÈME MÉMOIRE).

Par **RICARDO BOTÉY**

Au premier Congrès oto-laryngologique espagnol tenu à Madrid au mois de novembre dernier (1896), je lus pour la première fois un travail sur cette question, dans lequel je m'appuyais sur quelques autopsies, des expériences sur les animaux et trois opérations effectuées chez l'homme, pour soutenir la possibilité de cette opération comme pratique courante de l'otologie dans les cas particuliers.

Je fondais en outre cette possibilité d'exécution, en ce que la fenêtre ronde est bien plus accessible que la fenêtre ovale, puisqu'elle est dégagée de la base de l'étrier qui l'obstrue, elle est plus voisine de la portion de promontoire visible directement par l'otoscopie et se trouve dans une région éloignée d'organes dangereux. En outre, quand on ne voit pas la fenêtre ronde, on peut toujours la deviner, car elle est située en arrière et en bas d'un bord saillant en arc en guise de rebord orbitaire que forme le promontoire, à sa portion postéro-inférieure.

« Avec ce point de repère « je disais » en bordant la tige de la petite canule en arrière, à 10 ou 12 millimètres de la pointe, et en tenant bien compte que la membrane ronde est située en dessous du petit arc, dans une position, non verticale, mais très oblique, presque horizontale, avec ces données et le toucher servant de guide, on pénètre à travers la fenêtre ronde sans la voir, en suivant le bord concave postéro-inférieur de cet arc avec la pointe de l'instrument. Celui-ci doit perforer de front cette membrane qui regarde en bas, en dehors et en arrière ; pour

(1) Communication au XII<sup>e</sup> Congrès international de médecine, Moscou, 19-26 août, 1897.

cela la pointe se dirige en haut et un peu en arrière, puis en avant et au moment de cette perforation le doigt perçoit une sensation spéciale quand la pointe pénètre dans la rampe tympanique du limaçon ».

Le petit trocart dont je me suis servi jusqu'à présent a une pointe effilée et coudée à angle obtus à 2 millimètres de son extrémité. Sa dimension varie d'un tiers de millimètre à un demi millimètre. Etant donné la brièveté de son extrémité tranchante coudée on comprend facilement qu'elle ne puisse pénétrer qu'à une petite profondeur après avoir perforé la membrane ronde, par conséquent il n'est pas facile de produire des lésions importantes à l'intérieur du labyrinthe comme on le supposa au Congrès de Madrid quand on me fit des objections à ce sujet.

Malgré tout, si en manœuvrant à l'intérieur de la rampe tympanique du limaçon nous déchirions sa paroi supérieure, constituée par la face inférieure du commencement de la lame spirale, de la membrane basilaire et du ligament spiral, nous n'arriverions peut-être pas à pénétrer dans la rampe moyenne ou cochléaire du limaçon, et encore moins, blessant la membrane de Reissner, à faire pénétrer l'instrument dans la troisième rampe ou rampe vestibulaire du limaçon, car la brièveté (2 millimètres) de son extrémité coupante et sa courbe empêchent de pénétrer à une grande profondeur. En supposant même que nous eussions perforé les trois rampes du limaçon en dirigeant la pointe de l'instrument trop en haut ou en arrière, donnant lieu simultanément à la sortie de l'endolymphe et de la péri-lymphe, comme il s'agit dans la plupart des cas d'affections labyrinthiques avec des lésions graves, et une surdité accentuée, ce traumatisme aura peu d'importance pour l'audition ; et si nous obtenons la guérison ou même l'amélioration des vertiges et des bourdonnements qui font si cruellement souffrir les malades, nous leur aurons rendu un grand service ; car malheureusement tous les traitements locaux et les médications internes employés jusqu'ici ont été et sont encore complètement inefficaces.

Ce que l'on peut faire de mieux, c'est de ne pas dépasser la rampe tympanique du limaçon, immédiatement en arrière de la membrane ronde, et une fois la pointe dirigée en dedans et

en haut et mise en contact avec la surface externe de la membrane ronde transpercée, diriger la pointe du trocart en avant et un peu en bas; ce qui est parfois assez difficile ou même impossible car l'instrument lutte contre la marge antérieure de la fenêtre ronde souvent assez saillante et élevée, et l'on ne peut vaincre cet obstacle en passant au-dessus car alors l'instrument touche la moitié postérieure de cette marge, ce qui se conçoit parfaitement, étant donnée l'étroitesse de la fenêtre ronde, qui fréquemment forme un petit entonnoir dirigé en bas, en arrière ou en dehors, au fond duquel il existe un diaphragme formé par la membrane ronde, d'après le résultat de mes nouvelles recherches sur le cadavre.

Si en dépit de précautions minutieuses, nous déchirions avec la pointe de l'instrument le ligament spiral, la membrane basilaire, etc. à son extrémité périphérique, je ne crois pas qu'il puisse sérieusement en résulter un grave préjudice pour l'audition de cette lésion limitée et réduite à un très petit segment de l'organe de Corti. Ainsi qu'il semble résulter de mes expériences sur les animaux et de mes trois observations rapportées dans mon premier mémoire, car aucun d'eux ne souffrit de troubles persistants de l'acuité auditive. De plus avec l'asepsie les lésions se cicatrisent rapidement puisqu'il subsiste seulement une perforation capillaire n'intéressant que la vingtième ou trentième partie de l'appareil névro-épithélial du labyrinthe, ce qui n'influera guère sur l'audition, car une lésion partielle du labyrinthe ne produit jamais une surdité complète ni très accentuée même, si la lésion est circonscrite.

Besoin n'est pas, comme je le faisais au commencement, de pénétrer dans le vestibule osseux ou périlymphatique, en dirigeant la pointe du stylet en haut et un peu en avant, déchirant ainsi les parois du canal cochléaire et faisant alors une saignée péri et endolymphatique. Si nous nous proposons de faire sortir seulement un peu de périlymphe il suffit de limiter notre action au cul-de-sac de la rampe tympanique, ce qui d'ailleurs est facile à obtenir grâce à la brièveté de la portion coudée et pointue (2 millimètres) qui permet difficilement de déchirer en haut le canal cochléaire et encore moins de pénétrer dans le vestibule osseux. Comme les deux rampes du limaçon commu-

niquent ensemble au carrefour appelé hélicotrème et par celui-ci la rampe vestibulaire (ainsi que la rampe tympanique contenant aussi de la périlymphe) communique largement avec les cavités périlymphatiques du vestibule et des canaux semi-circulaires ; il en résulte que la pression doit diminuer au vestibule, dans les canaux et dans le limaçon.

Si cette saignée périlymphatique ne suffisait pas et que nous soupçonnions un excès de pression dans le canal cochléaire, ou dans la cavité formée par les membranes basilare et de Reissner et la paroi externe du limaçon, il n'y aurait peut-être aucun inconvénient à faire la saignée péri et endo-lymphatique, proposée plus haut, en nous servant du *modus faciendi* proposé par moi au premier Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie de Madrid.

Comme je l'ai déjà dit, sur quelques cadavres la pénétration vestibulaire est impossible, puisque la pointe du stylet trouve à 1 ou 2 millimètres de hauteur une paroi osseuse résistante et ne peut se diriger que directement en avant à la recherche de la rampe tympanique du limaçon. Cette paroi osseuse est aussi quelquefois formée par la terminaison de la spirale osseuse dans le vestibule ou bien produite par d'autres conformations anatomiques que je ne puis détailler ici.

Depuis mon premier travail sur cette question j'ai opéré trois autres malades. Une fois je ne pus trouver l'entrée de la rampe tympanique du limaçon ; à la place de la fenêtre ronde la pointe du stylet rencontra une fossette dure, impénétrable. Chez ce malade excessivement sourd, et se plaignant de bourdonnements et de vertiges insupportables, on croyait deviner la fenêtre ronde ; mais probablement il existait une disposition anatomique anormale, dans laquelle à la place où devait se trouver la fenêtre ronde il y avait une fossette complètement fermée ; la rampe tympanique du limaçon s'ouvrant dans la fossette sous-pyramidale, à l'extrémité antérieure de son fond.

Chez les deux autres malades, atteints d'une sclérose avancée avec bourdonnements, la perforation de la membrane ronde fut exécutée facilement et rapidement et le résultat encourageant, car les bourdonnements diminuèrent considérablement chez un malade et chez l'autre ils disparurent presque complètement,



pour reparaitre, il est vrai, au bout d'une vingtaine de jours mais très atténués. L'acuité auditive pour la voix qui n'était que de 20 centimètres se maintint. Ceci prouve évidemment que cette opération est complètement inoffensive pour l'audition, car même en supposant que l'on blesse l'extrémité vestibulaire des trois rampes du limaçon, en donnant issue à l'endolymphe et à la périlymphe à la fois, ces lésions partielles du labyrinthe n'influencent pas sensiblement l'acuité auditive, dans les cas de sclérose avancée.

Dernièrement, et après avoir effectué cette opération plus de trente fois sur le cadavre et six fois sur le vivant, je me proposais de la faire sur une malade très sourde ayant des vertiges et des bourdonnements insoutenables. Après la section du tympan rasant son insertion postéro-inférieure, il me fut impossible de rien apercevoir ni même de deviner la place où pouvait se trouver la fenêtre ronde. Je dus renoncer à l'opération pour la deuxième fois.

Les nouveaux faits antérieurement établis prouvent ce que j'avais déjà en partie démontré, soit :

1° Qu'on peut, en prenant de rigoureuses précautions antiseptiques perforer et même déchirer la membrane ronde de l'homme, aspirant une petite quantité de périlymphe, sans le moindre danger d'infection ou d'altération grave de l'acuité auditive.

2° Lorsqu'il existe des symptômes évidents d'excès de pression intra-labyrinthique, la ponction et l'aspiration influencent favorablement les bourdonnements et les vertiges, mais elles n'améliorent ni empirent l'état de l'audition, quand l'affection est chronique.

3° Dans les infiltrations aiguës du labyrinthe, la ponction réussit à merveille, surtout si l'organe de Corti et d'autres terminaisons sensorielles n'ont souffert que d'une compression passagère.

4° En supposant même qu'avec le stylet nous ayons déchiré l'extrémité vestibulaire des trois rampes du limaçon, ces délabrements ne produiraient pas de troubles importants, surtout dans les cas où le labyrinthe est altéré dans sa structure, ce qui se produit dans la plupart des cas de sclérose avancée.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 9 mars 1897.

Président : Prof. POLITZER.

Secrétaire : Dr BING.

1. F. ALT présente un journalier de 57 ans, atteint deux mois auparavant d'otite moyenne suppurée aiguë bilatérale auquel se joignit un mois après une ostéite de l'apophyse mastoïde gauche et un abcès de la partie gauche du cou. Le malade se décida seulement il y a quatre jours à venir à la clinique de Gruber ; il est très abattu, a de l'ictère. Température 39,3, pouls 120. Organe interne normal, pas de troubles des nerfs cérébraux. Conduit auditif large à droite, la membrane tympanique est légèrement rougie, l'injection des vaisseaux s'irradie visiblement. Le conduit auditif gauche est rétréci par l'intrusion de la paroi supéro-postérieure, pas d'otorrhée, la membrane du tympan est rougie, tuméfiée, non perforée. On ne distingue pas les détails. La partie molle de l'apophyse mastoïde est gonflée, rouge, très sensible à la pression. La tuméfaction s'étend en arrière jusqu'à la ligne médiane de l'occiput et en avant jusqu'au milieu de la moitié gauche du cou. Vu la faiblesse du malade on ne fait pas l'épreuve de l'ouïe. Dans l'après-midi, la température s'élève à 40,3, frisson durant un quart d'heure qui décide ALT à intervenir immédiatement. *Mode opératoire* : Dégagement de l'apophyse mastoïde, terminée par une ouverture fistuleuse grosse comme une lentille, que l'on élargit ; enlèvement par couches de l'apophyse mastoïde, perforation de l'antre. Evidement de la cavité remplie de fragments osseux et de granulations, jusqu'à ce qu'on trouve l'os sain. Incision longue de 7 centimètres à travers les parties molles infiltrées. Par la pression sur la portion antérieure du cou, on fait sourdre de derrière la pointe de l'apophyse mastoïde environ deux cuillerées de pus fétide. Nettoyage de la plaie. Pansement.

Depuis l'intervention le malade n'a pas eu de fièvre.

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, avril 1897.

*Discussion.*

GRUBER dit qu'habituellement ces abcès du cou guérissent parfaitement par les moyens chirurgicaux. Il cite le cas d'un malade soigné au sanatorium Löw pour un abcès qui guérit très rapidement bien que l'abcès atteignit la colonne cervicale et envahit tout le côté du cou et que le malade affaibli eut la fièvre au début.

POLITZER rapporte un cas de mort à la suite de la pénétration du pus sur le paroi antérieure de la colonne cervicale et de la luxation d'une vertèbre.

2. POLITZER. — **Sur l'exsudation dans la cavité tympanique par compression mécanique de la trompe d'Eustache.** — P. montre l'oreille d'un individu atteint de cancer du voile du palais, gagnant la base et l'intérieur du crâne, envahissant la trompe et comprimant le conduit tubaire. A la suite de cette compression il se produit un exsudat muqueux de la cavité tympanique remplie de masses exsudatives transparentes. L'auteur fait remarquer que les troubles de l'ouïe sont fréquents dans les tumeurs malignes de la base du crâne. Dans 4 cas examinés histologiquement après la mort, on remarqua une rétraction de la membrane tympanique des collections séreuses dans la cavité du tympan et des troubles de l'audition.

3. D. KAUFMANN. — **I. Anomalies symétriques congénitales des deux pavillons.** — Jeune homme de 17 ans, porteur d'une cicatrice de la membrane tympanique droite consécutive à une otite moyenne suppurée, parfaitement développé, présente sur les deux pavillons, symétriquement, dans le sillon entre la partie montante de l'hélix et la portion inférieure de l'anthélix une lacune ovale de 2 millimètres et demi de large sur 2 millimètres de long et 7 millimètres de profondeur, à bords déchiquetés qui est certainement d'origine embryonnaire.

**II. Pièces provenant de deux malades ayant succombé à une pyémie otitique.** — a. Pyémie ostéophrébitique. Homme de 43 ans soigné à la clinique de Politzer pour une otite moyenne suppurée datant de plusieurs mois. Au commencement de septembre dernier il fut atteint de frissons, de fièvre et de douleurs dans l'oreille droite, mais il se présenta seulement vers le milieu du mois à la clinique, ayant une forte fièvre, de l'ictère,

mais pas de métastases des organes internes. Le conduit auditif droit est large, rempli de pus, la membrane tympanique perforée à sa partie antéro-inférieure, l'apophyse mastoïde semble normale mais elle est sensible à la pression. A l'opération on trouve les os plus mous, couverts de pus, et le sinus contient du sang liquide que l'on ponctionne ; le sang renferme de nombreux streptocoques. Mort au bout de trois jours.

*b.* Pyémie et thrombo-phlébite du sinus transverse. Fillette de 13 ans affectée d'otorrhée chronique depuis longtemps, est saisie à la fin de septembre de frissons et de troubles graves de l'état général pour lesquels elle entre à l'hôpital dans un service de médecine interne. Le conduit auditif droit est rempli d'un pus épais fétide, la partie osseuse est rétrécie, on ne distingue pas l'oreille moyenne. Les portions molles de l'apophyse mastoïde semblent normales à l'extérieur. Par l'opération radicale on voit l'apophyse mastoïde sclérosée, l'antre, l'attique et l'oreille moyenne contiennent des masses purulentes et du cholestéatome. On ne trouve pas les osselets. La paroi du sinus décolorée est épaissie et le sinus obstrué par un thrombus adhérent. Les jours suivants, fièvre violente, pas de frissons ; décès le sixième jour.

**4. GRUBER — I. Observation rare d'épithélioma du conduit auditif externe.** — Homme de 63 ans, faible et mal nourri, se présente en décembre 1896 à la clinique de Gruber, se plaignant d'une surdité de l'oreille gauche. On constata un catarrhe de l'oreille moyenne qui guérit par des douches d'air. En même temps on découvrit dans la portion cartilagineuse du conduit auditif droit une tumeur verruqueuse grosse comme un pois, dont le malade ne s'était jamais senti gêné. Nous recommandâmes l'ablation de la tumeur, mais elle fut repoussée.

Le 9 mars, le malade revint, accusant une douleur dans l'oreille droite. La tumeur verruqueuse atteint alors la dimension d'une grosse noisette et oblitère entièrement le conduit auditif externe. Il semble que ce soit une tumeur ronde insérée à la paroi antérieure du conduit auditif par une assez large base et revêtue d'un épiderme brun foncé. La tumeur est insensible à la pression, mais le malade ressent des douleurs périodiques dans la région de l'oreille malade.

A part une glande lymphatique tuméfiée dans la fosse mastoïdo-mandibulaire, l'entourage de l'oreille n'offre rien d'anormal. Le pouvoir auditif est presque intact.

*Diagnostic* : épithélioma pour lequel on recommande l'ablation.

*Discussion.*

BING rappelle que dans son article sur les verrues et papillômes du conduit auditif, il a décrit un papillôme bénin de la paroi inférieure du conduit auditif, mesurant 1 centimètre et demi de long, 1 centimètre de large et environ 4 millimètres de haut, mou et pigmenté de brun. L'extraction fut suivie d'une cicatrisation rapide.

**II. Lipôme rare du pavillon de l'oreille.** — Tumeur développée au tiers moyen de la fosse naviculaire envahissant l'anthélix, chez une jeune fille, perforant le cartilage du pavillon et formant sur les deux faces une tumeur ronde ayant à la base 2 centimètres de surface et 1<sup>cm</sup>,3 de haut. La tumeur est recouverte des deux côtés d'un épithélium normal, et a mis plusieurs années à atteindre cette dimension. *Diagnostic* : lipôme auriculaire. L'intervention fut refusée.

**III. Kyste gros comme une noix à contenu séreux dans la région de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache droite.** — Tuberculeux de 49 ans accusant de la surdité et des bourdonnements dans l'oreille droite. A l'examen on trouve une tuméfaction prononcée de la muqueuse pharyngienne et la membrane tympanique rétractée.

Tous les moyens employés pour faire pénétrer l'air dans la trompe droite échouèrent, tandis que l'on réussit toujours du côté gauche. Par le cathétérisme de la trompe droite on atteignit derrière la choane droite une tumeur molle élastique, remplissant toute la moitié droite du pharynx. La rhinoscopie postérieure ne pouvant être pratiquée, l'auteur se servit du doigt et découvrit la tumeur élastique. Comme les signes d'abcès rétro-pharyngien manquent et que la présence d'une tumeur maligne doit être écartée, il faut admettre l'existence d'un œdème de la muqueuse ou d'une tumeur bénigne. On ordonna au malade des gargarismes astringents, mais il succomba deux jours après. Sur le temporal droit on distingue la membrane tympanique. Dans la région de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, se trouve un kyste gros comme une noix, à contenu liquide, occupant toute la fosse de Rosenmüller, s'étendant presque jusqu'à la ligne médiane du pharynx et obstruant en avant une grande partie de la choane droite.

**IV. Kystes du conduit auditif externe.** — G. décrit une opération pratiquée à sa clinique en juillet dernier sur un prêtre catholique âgé de 53 ans, atteint d'un kyste à contenu séro-muqueux de la paroi antérieure du conduit auditif externe droit, qui augmenta en quelques mois au point d'intercepter le conduit auditif tout entier et provoquant la surdité et des bourdonnements. Le conduit auditif était complètement oblitéré près de son orifice externe par une tumeur proéminente. Au premier abord on crut à la formation d'exostoses ; mais avec la sonde on s'aperçut que la tumeur touchait la paroi postérieure du conduit auditif sans y adhérer et qu'elle était très élastique. Par une ponction exploratrice, on s'assura de la nature séro-muqueuse du conduit. Nous avons donc affaire à un kyste que l'on vida par une incision en croix. Les fragments furent excisés, la cavité grattée avec la curette et le conduit auditif tamponné à la gaze iodoformée. Quatre jours plus tard le malade partit guéri.

**5. F. ALT. — I. Névrites alcooliques des nerfs auriculaires.** — Journalier de 37 ans, se présente à la consultation de Schrotter souffrant depuis quelques semaines de tremblements, de paresthésies et de douleurs dans les bras et dans les jambes. Depuis huit jours troubles de la vue et de l'ouïe. On diagnostique une polynévrite alcoolique ; à l'examen des yeux (clinique de Fuchs) névrite optique rétro-bulbaire chronique d'origine alcoolique. Les deux membranes tympaniques sont normales. Montre à 17 centimètres à gauche ; 11 centimètres à droite ; voix chuchotée, trois quarts de mètre à droite, un demi mètre à gauche ; voix haute à 5 mètres des deux côtés.

La membrane tympanique normale, l'abaissement du pouvoir auditif, la conduction osseuse défectueuse, la meilleure perception des sons graves plaident en faveur d'une affection nerveuse ; vraisemblablement une polynévrite alcoolique.

**II. Perforation artificielle de la membrane tympanique dans l'otite moyenne plastique.** — L'auteur rapporte un cas d'otite moyenne plastique où il réussit, par une ouverture permanente pratiquée dans la membrane tympanique, à améliorer l'ouïe et à atténuer les douleurs subjectives.

Domestique de 34 ans, soigné à la consultation de Gruber pour une otite moyenne plastique accompagnée de bourdonnements continuels et de crises de vertige ; la thérapeutique consista en cathétérismes et injection de vaseline liquide par la

trompe. La pénétration de l'air amena une rupture traumatique de la portion inféro-postérieure de la membrane tympanique droite qui fut suivie d'otorrhée à la suite de la prolongation de l'emploi de la vaseline. Depuis, les bourdonnements ont cessé à droite, mais la perforation et l'otorrhée subsistent. Le malade entra à l'hôpital pour subir la perforation du côté gauche. Gruber fit une incision circulaire dans la membrane tympanique gauche, puis il introduisit à travers la trompe de la vaseline liquide. Dès le lendemain on remarqua une légère otorrhée gauche. On retira du bord de la perforation une petite quantité de pus qui fut remise à l'Institut pathologique pour être examinée bactériologiquement. Dans le pus on ne trouva pas de microbes pathogènes, mais une forme non encore décrite de bacilles courts, non pathogènes pour les lapins et les souris (Dr O. Lindenthal). L'otorrhée bilatérale était si peu importante qu'elle ne gênait nullement le malade, et qu'elle céda à un jour de traitement par les injections vaselinées. Au bout de quatre semaines la perforation tympanique subsistait toujours. Le pouvoir auditif était monté à droite de 30 centimètres à 1 mètre et demi, et à gauche il était de 30 centimètres pour la conversation, tandis qu'auparavant il fallait parler contre l'oreille du malade.

**III. Résultats obtenus sur 40 malades de la clinique de Gruber par l'emploi de l'acide trichloracétique dans l'occlusion des perforations tympaniques.** — L'acide trichloracétique est indiqué dans tous les cas de perforation sèche de la membrane du tympan à l'exception des perforations de la membrane de Shrapnell, de celles de la portion postéro-supérieure et des destructions complètes de la membrane tympanique. Contrairement à Okuneff et à Gomperz, il n'emploie pas les cristaux pulvérisés, mais une solution concentrée appliquée au moyen d'une sonde, tous les quatre jours, dans les perforations étendues et une fois par semaine lorsque la perforation est petite. Pendant ce traitement on supprimera la douche d'air. ALT n'a observé que deux fois de légères suppurations, dans la plupart des cas il se produisait une sécrétion séchant rapidement que l'on pouvait enlever avec la pince. Les résultats sont très satisfaisants.

#### *Discussion.*

GOMPERZ se réjouit du succès du traitement par l'acide trichloracétique préconisé par Okuneff.

Depuis la publication de cette méthode, G. l'a employée avec succès dans de nombreux cas, quoiqu'elle ne soit pas infaillible, car souvent la réaction n'apparaît pas. Toutefois on l'appliquera dans la plupart des perforations permanentes. Même chez certains individus âgés de plus de 50 ans, les grandes perforations se cicatrisent souvent rapidement, tandis que fréquemment les petites ne se referment pas. Aussi ne devra-t-on jamais promettre la cicatrisation.

Parfois après plusieurs séances de cicatrisation il se produit un temps d'arrêt, mais d'autres cautérisations amènent rapidement la cicatrisation, surtout quand elles donnent lieu à de violentes inflammations.

La première statistique de Gomperz comprenait des cas où la moitié de la membrane tympanique s'était régénérée; depuis il a obtenu la cicatrisation même lorsque la membrane était presque totalement détruite.

G. a enregistré aussi de brillants résultats au point de vue de la fonction auditive dans des cas d'adhérence des bords de la perforation à la paroi interne de la caisse qu'il détachait avec le synéchetôme avant de les cautériser. Une femme de 50 ans, affectée d'une destruction en forme d'œuf de la moitié antérieure de la membrane tympanique avec adhérence du marteau qui ne percevait la voix que contre l'oreille, entendit la voix chuchotée à 14 mètres après la formation d'une cicatrice.

G. emploie pour les cautérisations une solution qu'il applique à l'extrémité une sonde garnie d'ouate.

GRUBER s'étonne que de grosses pertes de substance de la membrane tympanique se cicatrisent; personne avant GOMPERZ n'avait signalé la différence entre les tissus anciens et de néformation.

GOMPERZ a publié en 1892 dans le *Monats. f. Ohrenh.* l'examen anatomo-pathologique d'une cicatrice tympanique sur laquelle on distinguait nettement la substance propre régénérée. G. est d'autant plus persuadé que la substance propre peut reparaitre dans les cicatrices que souvent des perforations consécutives à des suppurations guérissent sans laisser de traces sur la membrane du tympan.

6. BING montre une **pierre du conduit auditif** qu'il a recueillie à la partie antérieure du conduit d'une femme atteinte d'otorrhée chronique; elle était séparée des parois du conduit par un sillon étroit en partie rempli de pus, avait une couleur gris jaune et



une surface irrégulière et donnait l'impression d'une rhinolithé, mais ce pouvait être aussi un sequestre recouvert de pus coagulé. B. détacha le corps étranger par des irrigations, et derrière on découvrit des polypes du conduit auditif. Jamais le malade ne s'était soigné. Le corps étranger, gros comme un haricot moyen, consistait probablement en un tampon d'ouate desséchée et recouvert de dépôts calcaires.

7. HAMMERSCHLAG et CZINNER présentent une série de **coupes histologiques** illustrant l'histoire du *développement du labyrinthe chez les mammifères*.

Ces coupes faites à l'institut du Prof. Schenk proviennent d'embryons de cobayes à divers degrés de développement.

8. GRUBER. — **Photographie d'un temporal obtenue à l'aide des rayons X.** — A la séance du 24 février 1896. G. montra une fracture rare du temporal, qui se développait parallèlement à l'axe de la pyramide séparait le toit de la cavité tympanique et les parois antérieure, et supérieure du conduit auditif. La partie postérieure de la membrane tympanique était déchirée. G. ne voulant pas détériorer la pièce, mais désirant s'assurer de la participation des osselets et de la paroi interne de la cavité tympanique, eut l'idée d'éclairer à l'aide des rayons X la membrane du tympan afin d'obtenir une photographie qui fut exécutée par la maison Reiniger, Gebbert et Schall. Elle nous renseigne médiocrement sur l'état de la cavité tympanique, mais dans la région mastoïdienne on distingue les cellules et les cavités pneumatiques. Des taches blanches correspondent aux cellules. G. reviendra ultérieurement sur la valeur des rayons X en otologie.

---

#### SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 10 mars 1897.*

*Président : M. HENRY T. BUTLIN.*

1. VINYVETTE GORDON montre le **pharynx d'un scarlatineux mort au bout de neuf jours, qui avait été traité par le sérum antistreptococcique.** — La pièce porte des eschares de deux amygdales, une ulcération de la luette. Il y a une chaîne d'ulcérations sur l'épiglotte et les fossettes pyriformes.

L'orateur pense que le sérum n'a pas agi parce que les signes de septicémie furent tardifs et tenaient aux escharres de la gorge ; mais il a obtenu de bons résultats lorsque la septicémie est précoce et l'injection pratiquée de bonne heure.

2. LAMBERT LACK, montre un homme de 65 ans opéré deux ans auparavant d'un **sarcôme du nez**.

Cet homme fut traité pendant seize mois pour un polype de la narine gauche.

En février 1895 il présente un épaississement de nature indéterminée dans la narine droite. Au mois d'avril la tumeur nécrosée emplissait la narine et semblait implantée sur le cornet moyen.

L'enlèvement d'un morceau de cette tumeur produisit une grave hémorrhagie et un accroissement rapide du mal.

L'examen histologique confirma le diagnostic de sarcôme. Entré à l'hôpital en mai 1895 le malade fut chloroformé, la fosse nasale postérieure bouchée avec un rouleau de lint maintenu en place par des liens passant par la narine. L'aile droite du nez fut détachée pour donner un libre accès sur la tumeur qui fut saisie au forceps et enlevée. Avec le couteau de Meyer on enleva la plus grande partie de l'ethmoïde et la partie inférieure de l'antre du maxillaire et de l'orbite. Le reste de la cavité soigneusement gratté puis pansé avec de la gaze iodoformée, le nez fut remplacé. Après l'opération vaste ecchymose sur les paupières et la joue. Au bout de quinze jours le malade quitta l'hôpital, depuis deux ans il va bien et ne présente pas de traces de récurrence. Ce qui prouve la malignité relative de ces tumeurs et l'avantage d'un traitement vigoureux.

3. LAMBERT LACK. — Homme de 45 ans présentant un **kyste de l'épiglotte** et une **langue noire**. Ce kyste, de la grosseur d'une fève, produisait une sensation de choc dans le gosier et de la dysphagie. Il était ainsi depuis plusieurs années.

SAINT-CLAIR THOMSON et BUTLIN conseillent l'examen microscopique du champignon de la langue noire.

4. GRANT. — **Turbinotomie antérieure chez un vieillard**. — Le malade se plaint de gêne dans la gorge et de congestion du pharynx et du larynx. Il avait de plus une obstruction nasale complète résistant à tous les topiques. Les deux extrémités des deux cornets inférieurs furent enlevées. Incision oblique avec des ciseaux, en haut et en bas des insertions des cornets. On

passa ensuite une anse froide autour de l'ilot ainsi circonscrit et le cornet est facilement enlevé. L'ouverture ainsi pratiquée dans le méat inférieur a rendu la respiration nasale aisée.

Perte de sang insignifiante, aucune réaction, le malade est complètement guéri en ce qui concerne l'obstruction nasale et l'état de sa gorge est beaucoup meilleur.

**Turbinotomie antérieure chez une femme.** — C'est une chanteuse, très gênée par l'obstruction de son nez surtout prononcée à gauche. La partie antérieure du cornet fut enlevée par le même procédé que ci-dessus.

Hémorrhagie légère, respiration rétablie si bien que l'autre narine paraissant par contraste obstruée l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit fut aussi enlevée.

Il semble d'après les résultats obtenus que cette opération peut remplacer l'ablation totale du cornet dans beaucoup de cas.

WILLIAM HILL et SCANES SPICER trouvent qu'il reste un peu d'obstruction et sont partisans de l'ablation totale.

HALL et BABER, sont d'avis qu'il faut faire seulement le nécessaire, surtout lorsque l'obstruction est limitée à l'extrémité antérieure du cornet. L'hémorrhagie dans l'opération antérieure est légère, elle est souvent grave dans l'ablation totale.

5 GRANT. — **Aphonie fonctionnelle, avec phonation par les cordes vocales supérieures.** — Une demoiselle de 36 ans était enrhumée depuis décembre 1890. Elle perdit subitement la voix et pendant cinq mois ne put que chuchoter. Elle consulta un médecin qui lui cautérisa la gorge à plusieurs reprises. La voix reparut partiellement mais rauque et resta ainsi.

La malade présente une rhinite purulente affectant plusieurs sinus, notamment l'ethmoïdal, pour laquelle elle est actuellement en traitement.

Le trouble de la voix est dû à la fois à un rapprochement incomplet des cordes vocales surtout dans leur tiers postérieur et à un accollement des cordes vocales supérieures sur les trois quarts de leur longueur.

À la suite de faradisations énergiques de l'intérieur du larynx et d'exercices tendant à faire émettre les sons normaux, la malade donne les notes aiguës avec quelque pureté et le laryngoscope montre que les cordes vocales inférieures se rapprochent mieux et que les supérieures gardent leur position normale. Avec des applications quotidiennes la voix devient de plus en plus normale, la guérison est proche.

L'oreille gauche est un peu dure. Le champ visuel est rétréci et il y a héli-anesthésie complète à droite.

Cette affection est donc de nature hystérique.

SPICER pense que l'affaiblissement de la voix tient à la contraction des muscles du pharynx.

SPENCER. — Dans ces cas l'expiration ne se fait pas en même temps que l'adduction des cordes vocales.

THOMSON note que la malade tousse sans bruit anormal et pense que la raucité de la voix tient en partie l'épaississement d'une des cordes vocales.

6. GRANT relate un cas de **parésie double des abducteurs et des tenseurs des cordes vocales chez un tabétique**. — Le malade est un vieillard tabétique avancé qui depuis deux ans souffrait d'enrouement suivi cinq mois après d'inspiration légèrement stridente.

Les signes qu'il présente sont ceux d'une paralysie des abducteurs et tenseurs des cordes vocales externes et internes. S'il n'en était pas ainsi la dyspnée serait beaucoup plus forte et nécessiterait la trachéotomie.

SEMON raconte le cas d'un malade qui, sans aucun signe prémonitoire fut soudainement mis dans un état d'asphyxie telle qu'il fallut une trachéotomie et trois heures de respiration artificielle pour l'empêcher de mourir. Ce cas lui avait suggéré l'idée de l'indication préventive de la trachéotomie. Actuellement cependant il pense que dans certains cas, lorsque la paralysie n'est pas complète on peut attendre.

CRESWELL BABER demande s'il y avait de l'hyperesthésie tic du pharynx et du larynx comme il en a rencontré chez un atasique chez lequel l'hyperesthésie s'accompagnait de spasme des adducteurs.

GRANT montre aussi un cas d'œdème chronique du larynx avec occlusion complète de la fosse nasale postérieure droite chez un enfant.

7. BALL. — **Laryngite chronique**, chez un pasteur de 26 ans souffrant d'enrouement et d'affaiblissement de la voix depuis environ cinq ans. La voix est plus rauque lorsque le malade parle bas. Les cordes vocales sont congestionnées et pendant la phonation ne se rapprochent pas complètement. Jusqu'à présent il n'a eu aucun bénéfice du traitement suivi. La question est donc de savoir quelle est la cause de la laryngite chronique et

de la tension imparfaite des cordes vocales et le traitement à indiquer.

HALL. — Le malade se plaignant de toux sèche la respiration nasale est insuffisante ; en la corrigeant on améliorerait l'état du larynx. C'est l'opinion du Dr Spicer qui trouve l'obstruction nasale complète.

BALL a employé le galvano-cautére pour l'obstruction nasale, peut-être pourrait-on pratiquer l'ablation de la partie antérieure du cornet moyen, La faradisation recommandée par le Dr Semon pour remédier au défaut de tension des cordes vocales est un procédé long et faible auquel l'orateur préférerait le massage et l'exercice vocal.

8. SAINT-CLAIR THOMSON. — **Paralysie double des abducteurs avec tumeur récente de la base de la langue.** — Le malade, âgé de 57 ans, entra il y a vingt-six ans à l'hôpital des maladies de la gorge dans le service du Dr Morel Mackenzie, pour gêne respiratoire consécutive à un coup de poignard dans le cou. L'observation de ce malade, parue dans le *British medical journal* du 24 décembre 1890, montre que la paralysie était alors unilatérale et guérit.

Le malade dit cependant que sa respiration est toujours demeurée bruyante au moindre effort et qu'il ne peut porter un poids ou courir sans être essoufflé.

Cet état tient à une paralysie double des abducteurs avec flaccidité complète des cordes vocales. Cette paralysie est-elle due à l'accident comme on l'a dit en 1890 ou à la syphilis qu'il avait eue deux ans auparavant ? Les pupilles sont égales et réagissent bien, les reflexes du genou sont normaux. Le malade dit que sa respiration était plus libre dans les dix dernières années, aussi vient-il consulter pour une douleur dans la gorge et une grosseur qu'il sent vers l'angle de la mâchoire. Il y a en effet sur la base de la langue une infiltration dure et ulcérée s'étendant sur le pilier antérieur voisin, et un ganglion hypertrophié et sensible près de l'angle de la mâchoire.

Le malade est soumis à l'iodure de potassium. Mais on est en droit de supposer la nature maligne de l'affection.

BUTLIN. — La tumeur de la langue n'a pas l'aspect malin et ressemble plutôt à une lésion de syphilis tertiaire.

SEMON fait remarquer que dans sa description sir Morel Mackenzie a parlé de paralysie de l'abducteur *droit*, tandis qu'après elle est bilatérale et complète.

Il est probable, d'après la description de Mackenzie, que le pneumogatrique fut touché et qu'il en est résulté une névrite ascendante qui a ensuite gagné l'autre côté. On peut cependant, étant donnés les antécédents du malade, penser à la syphilis cérébrale.

**9. DOUCLAN. — Tumeur sous-glottique avec aphonie datant de 22 ans.** — Femme de 33 ans qui, à la suite d'une laryngite aiguë survenue à 11 ans, a conservé la raucité de la voix qu'elle présente actuellement.

L'examen du larynx montre une tumeur sous-glottique de nature probablement fibreuse, cause principale de l'aphonie. Cette tumeur gêne le mouvement de l'aryténoïde gauche, surtout pendant les efforts de phonation. La tumeur a le volume d'un gros pois allongé. Elle n'est pas pédiculée et cependant assez mobile pour s'interposer entre les cordes vocales pendant la phonation. La tumeur n'a pas encore été enlevée afin que la Société puisse voir combien de temps ces tumeurs peuvent demeurer dans un larynx sans causer de troubles sérieux.

HERBERT TILLET pense qu'il s'agit d'un fibrome qui peut être extrait par la voie endo-laryngée.

BUTLIN penche pour un papillome et demande qu'on en examine un fragment.

HALL conseille l'anse intra-laryngienne, le Dr Low la guillotine de Störk. Le Dr Spicer pense que la base de la tumeur est trop large pour qu'on puisse l'enlever avec l'anse.

**10. BOUD. — Mucocèle du sinus frontal gauche après opération.** — La malade était atteinte de sinusite frontale. Le sinus frontal fut ouvert avec une tréphine et un ciseau. Il était plein de mucus épais, l'orifice nasal était bouché. Cet orifice une fois libéré la couronne d'os détachée fut replacée et la plaie cutanée fermée a guéri par première intention. La malade n'a aucune difformité.

SAINT-CLAIR THOMSON voudrait avoir l'opinion de la Société sur l'origine de ces mucocèles des sinus. Giraudeau et Virchow ont montré que le terme d'hydropisie était impropre. Quelques-uns des membres ont-ils constaté s'il s'agit d'une simple distension du sinus par le mucus normal.

GRANT relate un cas de rétention kystique du mucus qu'il a soigné.

BABER rappelle à la Société le cas qu'il a communiqué qu'il a soumis à l'opération radicale, mais où les granulations ont réci-

divé et bouché le conduit fronto-nasal, de sorte qu'il fut obligé, pour obtenir la guérison, d'ouvrir l'os frontal et d'enlever la muqueuse du sinus.

11. W. HILL communique un cas de **rhinite caséuse avec rhinolite** chez un homme de 42 ans qui depuis cinq ans se plaignait d'obstruction de la narine droite avec maux de tête, écoulement fétide, et surdité de l'oreille droite. Ces signes apparurent graduellement. La narine droite est remplie d'une matière couleur de mastic, ayant la consistance de la glu.

Cette matière enlevée on aperçoit une perforation de la cloison, accompagnée de destruction de la paroi nasale de l'antre et du cornet inférieur. Dans le méat inférieur se trouve un corps étranger trop gros pour être enlevé par les voies naturelles. On en écrase une partie et on l'enlève avec le forceps; tout le reste de la narine apparaît rempli de la même matière caséuse. Le corps étranger pris d'abord pour un séquestre est une rhinolite.

Il serait intéressant de savoir si cette rhinolite fut la cause ou la conséquence de la rhinite caséuse.

Low de mande s'il n'y a pas de commémoratif de corps étranger car il a vu un cas où le dépôt calcaire s'était fait autour d'un grain de chapelet.

GRANT a vue une rhinolite dont le noyau était formé par une boulette de papier.

---

#### SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 14 mars 1897 <sup>(1)</sup>

Président: PROF. STÖRK.

Secrétaire: Dr LAÜFER.

M. GROSSMANN. — Contribution expérimentale à la pathologie de l'innervation du larynx. — Après avoir décrit la paralysie des nerfs postérieurs et son importance clinico-physiologique, l'auteur fait l'historique de son étiologie et de son développement. Semon a été le premier à soutenir que la paralysie récurrentielle des dilateurs n'était pas accidentelle, comme on le croyait, mais constante.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 29 avril 1897.

Ce fait, connu presque partout sous le nom de loi de Semon, a conduit à observer que toujours les paralysies récurrentielles sont accompagnées d'adduction des cordes vocales, provenant d'une paralysie aryténoïdienne isolée.

Suivant Semon et Horsley la paralysie des abducteurs provient de différences biologiques existant dans les divers muscles laryngiens.

G. pense que les arguments de Semon ne servent dans les cas les plus favorables qu'à prouver l'existence d'une paralysie postérieure isolée due à une infériorité biologique des abducteurs.

L'hypothèse de la position des cordes vocales dans la paralysie récurrentielle n'est pas acceptée par tout le monde.

La paralysie postérieure primitive a d'abord à lutter avec la crampe primitive.

G. explique comment on a admis que l'adduction des cordes vocales à la suite d'une paralysie récurrentielle était provoquée par une crampe, et de quelle façon les partisans de cette idée se sont séparés de ceux qui admettent la loi de Semon.

L'auteur reproche tant à Semon qu'à Krause, le champion de la théorie de la crampe, de n'avoir pas vérifié d'abord si après la paralysie récurrentielle totale la corde vocale prenait la position cadavérique.

G. trouve cette hypothèse des plus contestables, surtout depuis que Wagner, par des recherches expérimentales, a acquis la certitude que la section des récurrents produit l'adduction et non la situation cadavérique. Dès le début du siècle, la même opinion avait été soutenue par Legallois, puis par Longet, Panum, Steiner et d'autres encore.

Aussi l'opposition de Semon et de quelques-uns de ses disciples donne-t-elle lieu à des critiques.

G. a entrepris de nouvelles expériences pour résoudre la question de la position des cordes vocales dans la paralysie récurrentielle.

D'abord, au lieu d'adopter les termes vagues de position cadavérique ou d'adduction, l'auteur a tenu à se renseigner exactement par des mensurations.

Le Prof. Exner construisit dans ce but un instrument calqué sur l'ophthalmomètre d'Helmholtz, qui permit à Grossmann de mesurer à 1 millimètre près la dimension de la glotte.

On s'est servi de chiens et de chats pour les recherches. C'est seulement après que l'on fut arrivé à voir facilement par les voies naturelles la glotte des animaux et que l'on put tran-



quillement prendre les mesures, après que les expériences eurent fourni les mêmes résultats chez les deux classes d'animaux, que G. enregistra les effets obtenus.

1° A la suite de la section unilatérale du récurrent, la glotte se rétrécit. Sur vingt expériences, la glotte a diminué entre 22,2 % et 50 % ; la perte en épaisseur atteint 31,1 %.

2° Quand on sectionne les deux récurrents l'un après l'autre, le rétrécissement glottique consécutif à la première intervention augmente de plus du double.

Le rétrécissement de l'ouverture de la glotte à la suite de la section bilatérale du récurrent est de 66,6 % en épaisseur et oscille entre 28, 5 et 82,2 %.

3° La glotte, qui s'est notablement rétrécie par suite de la section des deux récurrents, s'élargit après la section bilatérale consécutive du nerf laryngé supérieur et redevient normale. La progression de la dilatation glottique après cette opération varie de 200 à 154,5 % et atteint 67,5 % en épaisseur.

4° Quelques heures après la mort de l'animal, la largeur de la glotte demeurerait semblable à celle qui suit la section bilatérale des nerfs laryngés supérieurs et inférieurs ou bien elle progresse de 3, 2 à 12,9 %.

Donc la glotte se rétrécit surtout après la section bilatérale du nerf laryngien inférieur. Les cordes vocales se rapprochent au point de ne laisser subsister qu'une fente de 1 centimètre ou même de 0<sup>mm</sup>,7. Lorsque l'animal se réveille agité on voit que la dyspnée très marquée a provoqué l'occlusion complète de la glotte, et l'on s'étonne que l'animal puisse encore émettre des sons élevés.

Puisque normalement un rétrécissement de la fente glottique peut survenir par le rapprochement des cordes vocales, on s'assure par les expériences que la section des récurrents provoque l'adduction très marquée.

Mais cette adduction ne provient pas des mêmes causes que celles auxquelles Semon attribue les paralysies primitives postérieures isolées.

Ainsi, l'on ne peut déduire de l'adduction que l'on trouve toujours dans les paralysies récurrentielles, que celle-ci provienne d'une paralysie partielle du dilatateur ou d'une crampe.

G. analyse les recherches de Krause sur la compression, et explique que tant que la pression n'avait pas entièrement interrompu la conduction nerveuse, il y avait des spasmes cloniques dans la corde vocale correspondante, comme par toute

excitation électrique. Lorsque la pression est plus forte, il se produit de l'adduction, comme après les sections ; ce n'est pas une crampe, mais l'effet de la paralysie totale des nerfs.

G. a également répété les expériences réfrigérentes de B. Fraenkel et Gad, et a conclu que par le refroidissement du récurrent, lorsque la conduction nerveuse est interrompue, il survient de l'adduction comme lors de la section, et non la position cadavérique, ainsi que le croyaient ces deux auteurs.

L'erreur provenait de ce que Fraenkel et Gad ouvraient largement la trachée, pour regarder les cordes vocale par le dessous, ce qui entravait la situation de la corde.

G. analyse la statistique de Semon comprenant 58 cas de paralysies récurrentielles uni et bi-latérales, et s'étonne des conclusions de l'auteur.

G. ne peut accepter que tant que la paralysie est seulement postérieure et que les adducteurs ne sont pas contractés, l'affection passe inaperçue du malade et du médecin.

Selon G. il n'est aucun malade qui n'ait souffert de dyspnée lorsque ses dilatateurs vont et viennent.

Il est aussi inadmissible que la voix demeure intacte lorsqu'il survient de l'adduction à la suite d'une paralysie récurrentielle. Tout en n'étant ni enroué, ni aphone, le malade parle d'une façon monotone.

G. arrive à décrire l'état du larynx à la suite de la section des récurrents.

L'adduction qui se produit alors est due à deux facteurs :

1° L'influence de la pression aérienne intrapulmonaire négative.

2° La fonction du muscle crico-thyroïdien sur la position des cordes vocales.

Dès que la conduction du nerf récurrent est interrompue, tous ses muscles se paralysent. La paralysie des dilatateurs provoque une sorte de sténose.

A la suite de la paralysie des dilatateurs, l'air a de la peine à s'échapper à travers la fente glottique et à pénétrer dans le thorax et les cordes vocales se rapprochent de plus en plus.

Après la section, le récurrent est le seul muscle du larynx qui soit encore attaché aux centres nerveux.

Il est certain qu'au moment de l'expiration, le muscle crico-thyroïdien se contracte ; les cordes vocales se tendent et nous sommes en présence des signes de sténose laryngée prononcée pouvant amener l'occlusion totale de la glotte.

G. analyse ensuite l'influence du muscle crico-thyroïdien et de la pression intra-pulmonaire sur la position des cordes vocales.

Lorsqu'on introduit une canule dans la trachée d'un cadavre, sitôt qu'un souffle d'air y pénètre, on voit les cordes vocales se rapprocher.

On sait que des muscles extra-laryngiens, tels que certains constricteurs du pharynx, influent non seulement sur tout le larynx, mais particulièrement sur les cordes vocales.

Les suites diverses des paralysies récurrentielles, soit sur l'homme, soit chez les animaux, dépendent plutôt de la dimension de la glotte que de la grandeur totale du larynx. Le résultat varie selon que l'affection s'est développée lentement ou subitement, unilatéralement ou des deux côtés.

Les résultats obtenus sont identiques chez l'homme et chez les animaux.

L'auteur cite une observation de paralysie bilatérale des cordes publiée par Ruault, où l'on employa la même thérapeutique que pour les animaux.

G. décrit l'état du larynx dans la paralysie récurrentielle. Les accidents survenant dans les paralysies bilatérales s'amendent rapidement sans avoir recours à la trachéotomie, à moins que la mort ne survienne par asphyxie.

A propos de l'atrophie et de la dégénérescence graisseuse, G. insiste sur *l'influence de la fonction synergique des muscles laryngiens*.

Les muscles paralysés, à l'exception des aryténoïdiens postérieurs, sont mus par les contractions du crico-thyroïdien et ils résistent longtemps à l'atrophie et à la dégénérescence graisseuse. Toutefois Türk et l'auteur ont souvent vu le crico-thyroïdien atrophié dans les cas de paralysie récurrentielle.

Ce fait est dû non à une anomalie d'innervation, ni à une innervation double des nerfs laryngés supérieur et inférieur, mais certainement à une atrophie par inaction.

Pour les paralysies récurrentielles, comme pour les autres articulations, une immobilité prolongée amène un certain degré d'ankylose.

Les modifications articulaires provoquent l'adduction tandis que le bord libre de la corde vocale présente une excavation par dégénérescence.

L'auteur n'admet pas la *position cadavérique* de la corde vocale dans la paralysie récurrentielle.

Il faudrait distinguer à l'autopsie si la paralysie de la corde vocale s'est produite pendant la vie ou seulement après la mort.

G. dit que c'est à Wagner que revient le mérite d'avoir de nouveau mis en lumière l'influence du crico-thyroïdien sur la position des cordes vocales après la section du récurrent qui a été reconnue illusoire.

Il a attribué à tort l'adduction consécutive à la paralysie récurrentielle à la seule fonction du muscle crico-thyroïdien. Puis il parle de position médiane lorsqu'il ne s'agit que d'adduction.

Enfin il est tombé dans l'erreur au sujet de la position cadavérique dans la paralysie totale du récurrent et il a ainsi contribué à l'obscurité du sujet.

---

*Séance du 4<sup>re</sup> avril 1897 (1)*

*Président : Prof. STÖRK*

*Secrétaire : Dr RÉTHI*

1. M. GROSSMAN se livre à des expériences sur un chat. Après la **section des deux nerfs récurrents**, il se produit une adduction prononcée des cordes vocales. Lors de l'inspiration, la glotte se fermait et l'animal aurait étouffé si l'on n'avait pas effectué rapidement la trachéotomie.

G. démontre également l'adduction rapide des cordes vocales sur le cadavre et sur des larynx détachés lorsque l'air se raréfie.

G. montre le laryngomètre construit sur ses indications par le Prof. S. Exner ; puis un moulage reproduisant les cordes vocales paralysées sur le vivant, et modifiées dans la position cadavérique.

#### *Discussion*

RÉTHI demande comment on peut accorder la théorie suivant laquelle, dans la paralysie récurrentielle, il survient une paralysie totale de tous les muscles laryngiens actionnés par le récurrent, et que l'abduction provient surtout du muscle crico-thyroïdien, et qu'au début on observe la position médiane tandis qu'ultérieu-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch* 13 mai 1897.

rement on remarque la position cadavérique ; R. demande ensuite pourquoi cette position cadavérique n'entraîne pas l'adduction des cordes vocales, l'occlusion glottique, bien que la fonction crico-thyroïdienne ne soit pas entravée non plus que celle du nerf laryngé supérieur ; et enfin s'il existe des divergences entre l'homme, le chien, le chat, etc.

GROSSMANN. — Il ne s'agit pas toujours d'une position médiane, mais généralement d'un certain degré d'adduction. C'est seulement en cas de dyspnée violente que l'on observe la position médiane et l'obstruction glottique complète.

La paralysie récurrentielle totale s'attaque à l'ensemble des muscles innervés par ces nerfs. L'abaissement des dilatateurs provoque une sorte de sténose laryngienne.

L'inspiration dyspnéique profonde diminue notablement la pression intra-pulmonaire et les cordes vocales se rapprochent. Plus la pression s'abaisse, plus l'adduction est énergique, ainsi l'inspiration peut conduire à la position médiane et à l'occlusion glottique.

L'insuffisance prolongée de la respiration lors de la pression intra-pulmonaire profonde et l'élévation du muscle crico-thyroïdien provoquent l'adduction des cordes vocales après la paralysie récurrentielle.

L'opinion courante, selon laquelle la paralysie totale du récurrent engendre la position cadavérique, est fausse.

CHIARI. — L'expérience que nous venons d'avoir sous les yeux est indubitable ; elle montre, après Wagner et d'autres auteurs, que chez le chat, la section des deux récurrents produit la position médiane des deux cordes vocales et une sténose marquée du larynx avec un léger trouble de la voix. De même que Wagner, GROSSMANN a fait observer que sur ces animaux l'abolition de la fonction crico-thyroïdienne repousse la corde vocale un peu en dehors ; Wagner baptise cette position du nom de cadavérique, mais G. repousse cette appellation. Toutefois les deux auteurs s'accordent à dire que le muscle crico-thyroïdien provoque la position médiane de la corde vocale. G. attribue ces faits à la paralysie totale du récurrent, bien que l'on remarque souvent que seuls les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs soient dégénérés. Je ne puis me prononcer à ce sujet, n'ayant pas suffisamment étudié la question ; je n'ai pas rencontré de paralysie bilatérale postérieure.

Par contre, j'ai vu de nombreux cas de paralysie postérieure bilatérale d'origine centrale. Je voulais vous présenter un

malade dont les cordes vocales étaient situées dans la position médiane et qui avait une bonne voix, mais il n'est pas venu ; j'espère le montrer une autre fois.

Les cordes vocales sont près de la ligne médiane, non excavées, et se meuvent durant la phonation, comme pendant l'inspiration profonde énergiquement vers la ligne médiane. Au repos le malade n'est pas gêné pour respirer mais il est fatigué lorsqu'il monte ou marche vite. Cet état dure depuis plusieurs années avec certains accidents ataxiques dans les muscles et une augmentation des réflexes patellaires. On ne remarque aucune lésion périphérique des récurrents ; jamais la corde vocale n'a été excavée ni les muscles vocaux atrophiés ; j'ai observé des faits analogues chez des tabétiques. Il faut donc conclure que seuls les crico-aryténoidiens postérieurs étaient paralysés, ce qui concorde avec la séparation des centres cérébraux de la phonation et de la respiration signalés par Semon et Horsley.

GROSSMANN. — Il n'est pas tout à fait exact que je partage les idées de Wagner au sujet de l'influence de la position médiane consécutive à la paralysie récurrentielle sur l'action du muscle crico-thyroïdien. J'en réfère à l'explication fournie à Rethi.

J'ai reconnu que Wagner avait eu le mérite de rappeler que les cordes vocales après la paralysie récurrentielle ne sont pas dans la position cadavérique, ainsi qu'on le croyait communément, mais en adduction.

Mes recherches sont contraires aux conclusions de Wagner, qui parle de position médiane, quand il s'agit seulement d'adduction. Il attribue tous les accidents à la seule action du muscle crico-thyroïdien ; tandis que le facteur principal est l'influence de la sténose laryngée produite par la paralysie des dilateurs sur la pression intrapulmonaire et ensuite sur la position des cordes vocales. Donc, son opinion est en partie erronée.

W. se contredit lorsque d'une part il dit qu'après la section, c'est-à-dire après la paralysie totale, le récurrent occupe la position médiane ou d'adduction, tandis que d'autre part, bien qu'on sache que la position cadavérique survienne dans la paralysie complète, W. cherche à expliquer la transformation de la position médiane en position cadavérique. Cette idée doit être repoussée, aussi ne puis-je accepter que mes expériences ne soient que la confirmation de celles de Wagner.

CHIARI croit que je proscriis le terme de position cadavérique, mais si je le fais c'est parce que la paralysie récurrentielle,

même poussée au paroxysme, est loin de rappeler l'état des cordes vocales sur le cadavre.

J'expliquerai aussi pourquoi j'ai diagnostiqué une paralysie totale des récurrents, bien que souvent seuls les crico-aryténoïdiens postérieurs fussent dégénérés.

Le tabétique de Ruault présentait une position médiane bilatérale des cordes vocales avec conservation de la voix et l'on diagnostiqua une paralysie postérieure bien que la résection des nerfs eût démontré l'existence d'une paralysie récurrentielle totale.

Il reste encore à démontrer s'il existe des paralysies isolées de certains muscles laryngiens, ce qui est probable d'après nos connaissances neuro-pathologiques.

En premier lieu, on apprendra à diagnostiquer sérieusement ces cas et à ne pas conclure à une paralysie postérieure isolée d'après la seule adduction des cordes vocales.

2. RÉTHI présente un jeune homme atteint d'ozène qu'il soigne par l'électrolyse et qu'il montrera encore plus tard pour observer l'effet du traitement. Le malade, âgé de 26 ans, souffre depuis 10 ans de son affection nasale ; subjectivement l'affection ne l'incommode pas, mais objectivement la fétidité est pénétrante. La muqueuse est pâle. Le dos du nez affaissé, les fosses nasales larges, les cornets et la cloison recouverts d'un enduit verdâtre, la muqueuse pâle, amincie, le cornet réduit, on voit la plus grande partie de la paroi pharyngée postérieure, l'odeur est violente et caractérise l'ozène. L'affection est avancée, et l'auteur l'a choisi exprès pour essayer l'électrolyse. Jusqu'ici R. a soigné 18 cas par ce procédé et il les divise en deux catégories, les cas invétérés ayant peu de chance de guérir et les cas bénins dont le pronostic est favorable.

R. décrit la force des courants à employer, ainsi que la durée des séances. On n'emploiera pas de courants trop forts et jamais pendant plus de 15 minutes. Au début on donnait 18 à 30 M. A., mais 10 m. a. sont déjà trop, car il survient des douleurs frontales et auriculaires ; Bayer a vu un cas se compliquer d'otite et de méningite mortelle. Par l'électrolyse, la muqueuse se colore et s'humecte, la sécrétion devient plus fluide, et l'odeur disparaît en trois ou quatre jours ; souvent son influence se fait également sentir sur la seconde narine et la muqueuse du rhinopharynx. Dans les cas graves, la muqueuse se colore, la sécrétion est plus fluide, et la fétidité diminue. Ordinairement il faut une

seconde séance pour l'autre fosse nasale. Chez un des malades de l'auteur depuis deux mois et demi l'odorat n'a pas reparue on ignore la durée de la guérison et s'il sera nécessaire de reprendre le traitement pour des récidives, mais en tout cas la fétidité s'amende notablement.

Il faudrait définir ce qu'on entend par guérison. C'est la disparition de l'odeur.

R. croit à l'action microbicide de l'électrolyse et à l'influence des nerfs sécréteurs.

STÖRK constate que le malade est atteint d'ozène vrai (forme héréditaire) avec atrophie prononcée et désire le revoir ultérieurement, car il ne croit pas à la guérison et à la restauration de la muqueuse disparue.

RÉTHI n'entend pas restaurer la muqueuse, mais simplement faire disparaître l'odeur, ce dont le malade est satisfait.

HEINDL s'est servi de l'électrolyse dans trois cas de rhinite atrophique avec ozène marqué, soignés dans le service de Chiari et dès la première séance de 10 m. a. qui dura trois minutes, il remarqua la tuméfaction et l'humidité de la muqueuse et la cessation de la fétidité. Les malades étaient très contents. Une séance de 6 minutes avec 15 à 20 m. a. déterminait de telles souffrances qu'il fallait s'arrêter. Dans un cas, où il existait une otite moyenne, les maux d'oreille apparurent si violents que H. dut suspendre le traitement; en 4 ou 5 jours on vit reparaitre les croûtes et l'odeur. Toutefois H. ne peut tirer de conclusions de ce traitement qu'il n'a appliqué qu'à une narine tandis qu'il soignait l'autre avec de la glycérine iodée, etc.

RÉTHI croit que les résultats relativement mauvais, obtenus par HEINDL, proviennent de ce que ces malades étaient trop profondément affectés.

ROTH rappelle le traitement sérothérapique de l'ozène.

3. RÉTHI. — Tuberculose pharyngée. — Malade de 23 ans, atteint six semaines auparavant de dysphagie violente, douleurs dans la partie gauche du cou, s'irradiant à l'oreille gauche; pas de tare héréditaire; élévation de la température vespérale depuis quelques jours. A gauche, légère tuméfaction des glandes à l'angle maxillaire, douleur à la pression. Réthi n'a pas observé le début de l'affection qui a commencé sur la paroi gauche du pharynx. On y voit une ulcération étendue, atteignant presque l'orifice tubaire, touchant en arrière à la portion inférieure des amygdales et la surface postérieure du voile. L'ulcération est recou-



verte de pus caséeux, de granulations rouges pâles ; les bords sont infiltrés et livides ; la face postérieure du voile est occupée par de grosses excroissances. Aucune tendance à la guérison. On trouve des bacilles tuberculeux dans le dépôt de l'ulcération. Infiltration du sommet gauche. L'affection ne provenait pas de l'amygdale dont les cryptes renferment si souvent des bacilles tuberculeux (Strasmann, Dmochowsky) mais de la paroi latérale et postérieure du pharynx.

L'auteur a adressé le malade il y a quinze jours à la clinique laryngologique où l'on a excisé deux fragments pour les examiner au microscope.

Reste à savoir si l'on pourra exciser tout le tissu malade puis badigeonner d'acide lactique, ou bien si c'est impossible on aura recours au traitement symptomatique.

KOSCHIER a vu le malade il y a trois semaines et partage à son sujet l'avis de Réthi.

ROTH. — Tous les cas de tuberculose pharyngienne ne sont pas identiques, ils diffèrent selon les individus ; R. en a vu deux cas où la mort survint rapidement ; il ne croit pas que l'on puisse intervenir radicalement.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

### SECTION LARYNGO-RHINOLOGIQUE

*Séance du 24 mars 1897* <sup>(1)</sup>.

*Président* : J. W. GLEITSMANN

*Secrétaire* : T. P. BERENS

1. N. L. WILSON (Elizabeth). — **Papillômes laryngiens avec accident extraordinaire.** — F. R., 3 ans, se présente en septembre 1894 à ma clinique de l'hôpital général d'Elizabeth. On diagnostique un papillôme du larynx mais vu l'étroitesse de l'organe il est impossible de le retirer par la bouche. La tumeur partait du côté droit du larynx, juste sous la corde vocale, et en forçant l'expiration on pouvait l'amener entre les cordes vocales. Elle augmenta rapidement, et l'on dut faire la trachéotomie. Le malade supporta mal le chloroforme, mais quelques jours après l'intervention, les anneaux restants de la trachée et la moitié inférieure du larynx furent écartés et l'on enleva la

(1) D'après le *Laryngoscope*, avril 1897.

tumeur. Amélioration temporaire ; au bout de quelques mois on dut répéter plus profondément la première opération, mais la tumeur récidiva quand même. On introduisit un tube à intubation qui fut rejeté dans une quinte de toux, et alors on se servit pendant quatre mois de pulvérisations d'alcool ; n'obtenant pas les heureux effets signalés par Delavan, je réintroduisis un tube à intubation pour enfant de 3 à 4 ans ; le malade ayant 5 ans je cherchai à en prendre un plus grand que j'introduisis avec peine, et dont la tête dépassait les cordes vocales et remplissait le larynx en apparence. La première fois que la garde retira l'intérieur du tube trachéal qui demeura en place, le tube laryngien tomba dans la fenêtre du tube trachéal et s'y engagea de façon qu'il fut impossible de l'extraire par la bouche. On ne sentait pas avec le doigt l'extrémité supérieure du tube, mais on le touchait avec un instrument. Le doigt le percevait également dans l'œsophage à travers les parois musculaires de la trachée. Heureusement il n'y eut pas de dyspnée, et je décidai de retirer le tube à travers la trachée. Par l'incision de trois anneaux trachéaux, le tube fut extrait sans difficulté.

2. W. C. PHILLIPS. — **Rhinite atrophique avec ouverture sphénoïdale.** — Affection parvenue à une période avancée. Les cornets ont disparu à part une mince lame du cornet moyen de chaque côté. On distinguait nettement les ouvertures des cellules sphénoïdales, à une distance de trois pouces un quart de l'extrémité externe du nez.

3. W. C. PHILLIPS. — **Tumeur du larynx.** — Le malade est amené par G. C. Gage qui désirait avoir un diagnostic.

Homme de 42 ans, ouvrier en cigares ; fumeur ; crises fréquentes de laryngites durant quatre ou cinq jours. Syphilis.

Deux ans auparavant apparut à la base de la langue un gonflement, bientôt suivi de tuméfaction du cou. Les aryténoïdes furent envahis par la tumeur, et maintenant il existe de l'aphonie, de la dysphagie et de la dyspnée.

Le malade, étant étranger, répond difficilement aux questions qui lui sont posées.

#### *Discussion.*

QUENLAN demande si l'on a examiné un fragment de la tumeur.

GLEITSMANN conseille la laryngotomie.

WRIGHT trouve que les symptômes subjectifs sont insuffisants

pour poser un diagnostic. L'adéno-carcinôme met trois ou quatre ans à évoluer. Il faut attendre l'ulcération et la sécrétion. W. penche pour un adéno-carcinôme ou un sarcôme.

FRENDENTHAL crut d'abord à la nature tuberculeuse de l'affection, il retira des parcelles et changea d'avis.

PHILIPPS complètera à la prochaine réunion cette observation en apportant les résultats de l'examen microscopique.

4. J. W. GLEITSMANN. — **Tumeur laryngienne.** — Tumeur ressemblant au prolapsus du ventricule de Morgagni. Selon les derniers travaux de B. Fraenkel, Chiari et d'autres, ces néoplasies doivent être considérées comme des hyperplasies des surfaces inférieures des bandes ventriculaires ou d'une des cordes vocales supérieures.

Femme, âgée de 30 ans, atteinte d'enrouement depuis le mois de juillet, et de difficulté à avaler depuis huit semaines. On lui a déjà extrait deux fois des fragments de tumeur, mais sans grand bénéfice. A l'examen, on voit une protubérance rouge du côté droit du larynx entre la corde fausse et vraie, qu'on repoussa dans le ventricule, mais qui ressortit aussitôt. Le larynx est légèrement hypérémié, mais la tumeur ne semble pas tuberculeuse. Les poumons sont sains et l'état général bon.

5. R. C. MYLES. — **Sarcôme de l'amygdale ; examen microscopique et description de l'opération.** — Je vois, le 5 janvier 1897, M<sup>me</sup> F., âgée de 44 ans. Au mois de novembre dernier elle eut deux extinctions de voix qui durèrent de quatre à cinq jours. Elle ressentait aussi des douleurs frontales et auriculaires.

On voit sur la partie inférieure de l'amygdale gauche une tumeur pâle, semi-transparente qui s'étend à la base de la langue. De forme oblongue et ferme au toucher, elle ressemblait à un sarcôme. Un fragment fut adressé au D<sup>r</sup> Prudden qui répondit : La seule chose certaine est une hyperplasie interstitielle chronique fibreuse.

13 janvier. — Extraction de la tumeur que Prudden reconnaît pour un sarcôme à cellules fusiformes.

Le 12 février, excision totale de la tumeur, en sectionnant les parties supérieures des muscles palato-glosses et palato-pharyngiens jusqu'au constricteur ; ablation à l'anse électrique.

Examen du D<sup>r</sup> Vissman. — Il s'agit d'un cas de *lymphôme malin de Billroth*, ou de pseudo-leucémie, mais pas d'un sarcôme.

Examen du D<sup>r</sup> Prudden. — Ce n'est pas une simple hyperplasie de l'amygdale mais un sarcôme.

**Examen du D<sup>r</sup> Wright.** — W. incline à croire à un sarcome à cellules rondes.

**6. J. W. GLEITSMANN.** — **Canules de verre de Mickulicz pour les sténoses laryngo-trachéales.** — L'orateur préconise l'emploi de ces canules dans les sténoses cicatricielles graves, et non dans les rétrécissements peu accusés qui peuvent être traités par les bougies ou l'intubation. Il montre sur des dessins les tubes en place. Pour les introduire on pratique une incision de 6 à 8 centimètres de long; si la canule atteint les cordes vocales, on en emploiera une triangulaire. Les tubes devront rester deux ou trois jours, les malades apprennent rapidement à les enlever.

Sur 11 cas, Kümmel en a guéri neuf, deux succombèrent; la durée du traitement ne dépassa pas quatorze mois. G. a guéri en quatre mois et demi une laryngite sous-glottique mais dans un cas de sténose consécutive à la fièvre typhoïde avec récidives la cure dura vingt-cinq mois.

**7. J. WRIGHT.** — **Pathologie et rapports des diverses inflammations intra-nasales chroniques.** — L'inflammation chronique de la muqueuse nasale varie selon les influences internes et externes, le climat et les occupations, les dyscrasies et les particularités de races, la configuration locale, le sexe et l'âge. Les polypes du nez, l'éthmoldite, la sinusite, la rhinite hypertrophique, l'hypertrophie vasculaire, les kystes du cornet moyen, les épines et les déviations sont toutes manifestations de la même affection modifiées selon les circonstances.

L'excitation vaso-motrice provoque toujours l'inflammation nasale chronique.

W. ne croit pas au pouvoir bactéricide de la muqueuse du nez mis en avant par divers auteurs.

#### SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 12 mai 1897.*

*Président : HENRI BUTLIN.*

**DUNDAS-GRANT.** — **Discussion sur les indications de l'ablation du cornet inférieur.** — L'ablation totale du cornet inférieur se pratique à l'aide du bistouri dentelé de M. Carmalt Jones dont la partie tranchante est disposée de façon que la portion convexe regarde le cornet, la portion concave la cloison. C'est un avantage dans l'hypertrophie de cette dernière.

L'ablation partielle peut être pratiquée à l'aide d'une pince forceps ou de tout autre instrument. La méthode de Grünwald pour le cornet moyen est aussi applicable aux autres.

L'ablation de la partie antéro-inférieure se fait à l'aide d'une incision longeant la partie antérieure de l'insertion de l'os, la partie isolée est ensuite enlevée à l'aide de l'anse chaude ou froide. La région doit être soigneusement cocaïnisée, ou le malade anesthésié au protoxyde d'azote. Cette opération ouvre une large voie dans le méat inférieur. L'hémorrhagie est légère et facilement arrêtée. Si on doit ensuite enlever la partie postérieure du cornet l'accès en est plus facile. Cette opération supprime une cause de pression négative et d'engorgement; elle supprime la gêne occasionnée par la partie de l'os enlevée.

L'ablation de la partie postérieure se fait à l'aide d'une incision dirigée obliquement en haut et en arrière le long du bord postérieur du cornet, puis avec l'anse. Dans quelques cas l'anse seule suffit. Dans d'autres on peut utiliser d'abord le couteau dentelé précité.

L'opération est indiquée dans toutes les affections engendrées par l'obstruction nasale dues à l'hypertrophie du cornet inférieur.

L'ablation complète n'est permise que dans les affections assez graves pour justifier les risques d'une hémorrhagie considérable; telles que l'hypertrophie générale du cornet inférieur. Le patient doit être préparé à rester plusieurs jours au lit en observation et prévenu qu'il y a une indication spéciale à une prompt intervention radicale. Cette opération est indiquée dans l'hypertrophie de la partie postérieure du cornet, que la partie antérieure soit normale ou réduite par la cocaïne, et aussi lorsque l'action de l'anse a été insuffisante.

L'ablation postéro-inférieure est indiquée lorsque l'obstruction nasale est due à une hypertrophie du cornet, est limitée à sa partie postérieure, la partie antérieure restant normale ou suffisamment décongestionnée par la cocaïne, ou lorsque la partie antérieure ayant été enlevée il n'y a pas de soulagement suffisant.

L'ablation de la partie antéro-inférieure est indiquée lorsque l'hypertrophie de cette région ne cède pas suffisamment à la cocaïne pour justifier l'emploi de la galvano-caustique. 2° Quand il y a déviation de la cloison il faut voir s'il est plus facile de pratiquer l'ablation de la tumeur de la cloison ou celle du cornet. Quand l'hypertrophie est à la fois antérieure et postérieure, on peut à moins d'indication urgente, enlever d'abord la partie ant-

térieure du cornet et ensuite la partie postérieure si cela est reconnu nécessaire.

Les résultats de l'ablation totale du cornet sont excellents et M. Carmalt Jones a eu raison d'attirer l'attention sur sa valeur, bien que les indications nous paraissent plus restreintes qu'à lui.

ATWOOD THORNE a pratiqué 35 ablations complètes du cornet sur 11 000 cas environ d'affections atteignant à la fois le nez, la gorge et l'oreille. Sur dix-huit de ces opérations les résultats éloignées sont trop peu connus pour conclure. Sur dix-huit autres (douze hommes et six femmes de 15 à 68 ans) neuf ont été complètement guéris, neuf améliorés. Dans six cas il y eut une notable régénération de l'os.

La formation des croûtes a cessé rapidement dans 17 cas. Dans un seul elle persiste depuis octobre 1896. Dans tous l'état général a été amélioré. L'hémorrhagie a été abondante dans un tiers des cas, modérée dans la moitié, nulle dans les autres.

Nous avons à signaler 12 cas d'ablation de la partie antérieure du cornet, les résultats n'étant certains que dans 8, cinq guérisons, trois améliorations. Aucun ne fut inquiétant, l'hémorrhagie fut légère dans 4 cas, nulle dans 4 autres, profuse dans un seul. Dans ce dernier cas le malade attendit toute une journée avant d'appeler le médecin qui eut pu facilement arrêter l'écoulement du sang.

La facilité de cette opération, les résultats qu'elle donne pour la restauration de la respiration nasale justifient son emploi comme opération préliminaire à l'ablation de la partie postérieure. L'ablation complète comporte de tels risques d'hémorrhagie qu'elle ne doit être pratiquée que comme opération d'urgence.

Ces conclusions ne portant que sur un nombre restreint d'observations personnelles pourront être modifiées par l'ensemble des observations fournies par les autres membres de la Société.

M. CRESWELL BABER a fait l'ablation inférieure du cornet avec le bistouri dentelé, treize fois sur neuf malades. Cette opération est utile dans les cas d'obstruction nasale dûs à l'hyper-trophie du cornet inférieur qui ne peuvent être traités par l'anse ou le galvano-cautère. Les résultats ont été bons dans tous les cas. Plusieurs malades ont vu leurs forces s'accroître après l'opération. Il n'a eu à constater ni hémorrhagies, ni sécheresse

de la gorge. Dans un cas il y a eu récurrence. L'opération est surtout utile dans les cas compliqués de déviation de la cloison lorsqu'après l'ablation de tout ce qu'on peut enlever de la saillie de la cloison, la respiration nasale est encore gênée. L'opération est facilitée par l'introduction de l'index dans le pharynx pour placer l'instrument.

LAMBERT LOCK n'a qu'une expérience limitée de l'ablation totale du cornet, car il pense que hormis quelques cas très rares, on peut obtenir la guérison de l'hypertrophie du cornet par des moyens différents et meilleurs. L'hypertrophie de la partie postérieure du cornet n'est jamais d'origine osseuse et l'anse froide est un excellent instrument dans ces cas. On peut éviter l'hémorragie en serrant l'anse très lentement. L'hypertrophie antérieure du cornet est souvent de même nature que l'autre et justiciable du même traitement. Il n'est pas douteux cependant que, dans un grand nombre de cas, il y a aussi un épaissement de l'os qui doit être traité différemment. On peut avec un bon éclairage enlever avec de forts ciseaux la partie du cornet qui bouche le méat inférieur. Ce procédé peut aussi être appliqué à la partie moyenne du cornet inférieur, mais la fosse nasale est si large en cet endroit que l'intervention est rarement nécessaire. Cette méthode est tout à fait différente de celle du Dr Grant comme principe et comme résultats. L'obstruction nasale est complètement supprimée et les chances d'hémorragies réduites au minimum.

Dans les déviations de la cloison c'est cette dernière qui doit être divisée et c'est faire de mauvaise chirurgie que d'enlever le cornet pour se rayer un passage.

HERBERT TILLEY montre une énorme hypertrophie muriforme du cornet qu'il a récemment enlevée avec l'anse de Blake, mais non sans difficulté. Le reste du cornet fut aussi enlevé, le malade respire maintenant librement. Comme le Dr LOCK, il pense que l'ablation de la partie postérieure du cornet est rarement indiquée, l'hypertrophie étant presque toujours muqueuse et facilement accessible à l'anse.

Son expérience relativement à l'ablation complète du cornet porte sur 4 cas. Le premier est relatif à un asthme des foins invétéré. L'hypertrophie des cornets était osseuse ; l'ablation des deux cornets fut faite et le malade fut guéri. Le second est survenu chez un médecin souffrant de suppuration de l'ethmoïde

et de l'autre d'Highmore. La cloison était déviée à droite et le cornet voisin était tellement hypertrophié qu'on ne pouvait arriver à l'ethmoïde. L'ablation de la moitié antérieure de ce cornet suffit pour livrer passage à la curette et à la respiration nasale. Deux chanteurs chez lesquels l'ablation totale avait été pratiquée ont été pris de toux sèche et n'ont pu continuer leur métier. Dans la plupart des cas l'ablation de la partie antérieure du cornet suffit.

SEMON n'ayant pas d'expérience au point de vue opératoire désire quelques renseignements sur deux points importants : savoir : 1° la question des hémorrhagies secondaires ; 2° l'effet au point de vue physiologique de l'ablation totale du cornet. — 1° Un médecin lui a dit qu'il avait été appelé chez quatre de ses malades pour des hémorrhagies sérieuses survenant plusieurs jours après l'ablation du cornet. — 2° Il a vu un étudiant en théologie auquel un spécialiste de Londres avait enlevé les deux cornets inférieurs. L'effet immédiat de l'opération fut une grande facilité de respiration. Mais deux mois après le malade commença à souffrir d'une sécheresse dans la gorge qui devint bientôt intolérable ; il se formait aussi dans le nez des croûtes qu'il avait beaucoup de peine à enlever. Il est presque certain que ces symptômes ne sont survenus qu'après l'opération. La laryngite dont le malade souffrait déjà auparavant s'est aggravée. L'examen du nez montrait tous les signes de la rhinite atrophique. Les cordes vocales étaient rouges et sèches. Le cas joint à ceux des deux chanteurs du Dr TILLEY montre l'inconvénient qu'il y a à enlever des organes qui sont destinés à humidifier l'air et à le débarrasser des poussières qu'il contient, il faudrait rechercher si cela n'arrive pas fréquemment.

SCANES SPICER. — On ne peut juger d'après les signes présentés par un sujet normalement constitué de ce qui se passe chez la plupart des malades qui viennent consulter les rhinologistes et dont les maux sont toujours associés à une altération plus ou moins marquée des proportions normales des voies nasales par lesquelles l'air doit passer quelle qu'en soit la cause (mauvaise évolution des narines, déviation de la cloison, ecchondrose, exostose, rhinite hypertrophique, palais dévié, etc.). Toutes ces causes isolées ou combinées produisent un rétrécissement du canal nasal obligeant à la respiration buccale, aussi bien que l'épuisement de toutes les cavités en rapport de contiguïté pneu-



matique avec le nez. Pour remédier à ces diverses conditions morbides on emploie des méthodes chirurgicales destinées à restaurer les voies aériennes normales et à permettre le contact naturel de l'air avec les muqueuses. Quand l'état des parties molles le permettait nous avions jusqu'ici l'habitude d'employer l'anse ou les ciseaux pour enlever les tumeurs pédiculées et les polypes. Aujourd'hui M. Carmalt Jones a inventé un instrument qui permet de supprimer plus efficacement, avec plus de sécurité et de rapidité, une cause fréquente d'obstruction nasale. Il est vrai qu'on enlève une petite partie de muqueuse, mais on rend à l'activité une portion beaucoup plus grande de cette membrane que l'air n'atteignait pas auparavant. Dans certains cas bien choisis, l'ablation d'une partie du cornet avec l'instrument de Carmalt Jones est donc très avantageuse.

On peut souvent éviter d'enlever l'os du cornet en pratiquant la perforation de la cloison. Il ne partage pas l'avis du Dr GRANT relativement à la double intervention lorsque c'est à la fois la partie antérieure et la partie postérieure du cornet qui gênent la respiration. Le Dr SPICER opère habituellement le malade assis et anesthésié soit au gaz, soit à l'éther, soit à la cocaïne, le doigt introduit dans le pharynx, sert de conducteur à l'instrument introduit dans la narine. L'hémorrhagie primitive est rare et ne demande pas le tamponnement. L'hémorrhagie secondaire survient quelquefois quand on enlève le pansement ou autrement elle peut être grave, mais l'orateur n'a jamais eu de difficulté réelle à l'arrêter et ne la considère pas comme une contre-indication à l'opération. Il a vu à la suite de l'opération un peu d'écoulement muco-purulent et quelques croûtes qui cèdent à un traitement approprié. Mais jamais il n'a vu la pharyngite sèche. Cependant quelques malades ont noté une légère sécheresse des fosses nasales et de la gorge, mais beaucoup moindre qu'avant l'opération.

En somme, l'enlèvement partiel du cornet a sa place dans le traitement chirurgical de l'obstruction nasale; bien fait, il donne de meilleurs résultats que les anciennes méthodes.

WATSON WILLIAMS d'après ce qu'il a lu, pense que l'enlèvement total du cornet a été beaucoup trop pratiqué et il faut louer le Dr DUNDAS GRANT de la façon si modérée dont il a posé les indications de l'opération, ce qui refroidira le zèle des partisans trop enthousiastes. Il est encore d'accord avec le Dr DUNDAS GRANT sur la plupart des points, mais fait encore quelques

réserve sur l'emploi de l'instrument de M. Carmalt Jones et croit qu'il est meilleur et plus scientifique d'employer les méthodes dont le résultat peut être facilement contrôlé par l'opérateur.

WILLIAM HILL pense qu'il serait difficile de critiquer la conduite préconisée par le Dr DUNDAS GRANT en ce qui concerne l'ablation partielle du cornet. Quant à ce qui concerne l'emploi de l'instrument de M. Carmalt Jones, l'orateur ne vise pas réellement l'enlèvement total du cornet qui est très difficile. C'est un instrument de précision qui permet d'enlever ce qu'on veut du cornet et dans certains cas de réussir là où on a échoué avec l'anse. Ce qui fait la popularité de l'instrument de Jones, c'est qu'il faut une grande dextérité pour enlever un cornet avec l'anse ou les ciseaux tandis qu'avec cet instrument l'opération est facile. Il a vu des hémorrhagies graves suivre son emploi et recommande un styptique colloïde lorsque l'eau chaude ne suffit par arrêter le sang.

SAINT-CLAIR THOMSON craint qu'on ait trop été séduit par cette opération depuis l'invention de l'instrument de Carmalt Jones et demande s'il n'y a pas à craindre qu'on en mésuse. Lui-même pourrait citer des cas d'insuccès mais le temps manque. D'autres ont d'ailleurs montré déjà le trouble apporté dans les fonctions physiologiques du nez par une destruction trop large des cornets. Il voudrait ajouter aux points déjà mis en lumière par les Drs LADIE et TILLEY ce fait que souvent une obstruction nasale qui paraît due à une hypertrophie du cornet est causée en réalité par un polype de la concavité de cet os. On peut enlever ce polype avec l'anse et rétablir les voies normales sans toucher à la muqueuse. Il est bon de rappeler aussi que l'hypertrophie des cornets est quelquefois due à une sténose osseuse congénitale ou à l'atrophie des glandes adénoïdes. L'hypertrophie des cornets est alors compensatrice. Et si les malades atteints sont opérés ils peuvent dire adieu aux fonctions hygrométriques de leur nez et sont dans un état plus mauvais que lorsqu'ils respiraient par la bouche.

---

## ANALYSES

## I. — OREILLE

L'antre mastoïdien est une partie de l'oreille moyenne, par A. CHEATLE (*Arch. f. otology*, vol. XXV, n° 3, 1896).

C'est par erreur que l'antre est décrit comme faisant partie de l'apophyse mastoïde. Si on examine sa formation pendant la vie fœtale on s'aperçoit facilement que c'est une partie régulière et bien définie de l'oreille moyenne. A six mois l'antre est déjà fort visible, sous forme d'un enfoncement situé derrière l'enclume et à la naissance il a le volume d'un petit pois. Or, l'apophyse mastoïde ne fait son apparition que beaucoup plus tard, pour donner un point d'attache aux muscles (fin de la 4<sup>re</sup> année).

On ne devrait donc pas dire *antre mastoïdien* mais *antre tympanique*, puisqu'il paraît évidemment en rapport fonctionnel avec l'oreille moyenne.

M. LS.

Recherches sur la diminution de l'intensité des sons en rapport avec l'éloignement, par SCHAEFER (*Ann. d. Phys. und Chemie*, N. F., Bd LXII, et *Arch. f. Ohrenh.*, Bd 41, Hft. 2, 1896).

Contrairement aux données de Vierordt que le son diminue en rapport direct avec l'éloignement, Wien avait trouvé cette diminution en rapport avec la racine carrée de la distance. L'auteur, se fondant sur de nouvelles méthodes de recherches physiologiques, considère les idées de Vierordt comme insoutenables ; mais la loi de la racine carrée n'a rien d'absolu. Tant qu'on reste dans le voisinage de la source sonore, l'intensité du son diminue plus lentement que la racine carrée, l'atteint à mesure que l'éloignement augmente, puis diminue plus rapidement à partir d'une limite donnée.

Comme sources sonores l'auteur s'est servi d'une montre à tic-tac constant et d'un téléphone de Bell traversé par le courant induit d'un chariot de Dubois-Raymond. Ce dernier étant rapproché, la montre étant éloignée d'une distance donnée, jusqu'à ce que le bruit de la montre fût couvert par celui que le courant déterminait dans le téléphone (*Methode der Verdeckungsschwellen*).

M. LS.

**Sur l'épreuve de Gellé**, par P. BONNIER (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897, p. 52).

On sait ce qu'est l'épreuve ou signe de Gellé. Sous l'influence d'une pression centripète dans le conduit auditif externe, l'audition perçue par la voie des os est notablement diminuée et même disparaît. Bonnier croit que ce fait va à l'appui de sa théorie de l'audition; il pense que ce trouble profond de l'audition tient à la suppression des oscillations non seulement de l'air ambiant, mais des milieux suspendus. Donc les phénomènes acoustiques de conduction moléculaire par la voie crânienne n'ont aucun rôle dans le mécanisme de l'audition.

A. G.

**Sur un cas de mydriase réflexe d'origine labyrinthique**, par BONNIER (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897, p. 53).

Sous l'influence d'une mastoïdite aiguë survenue dans le cours d'une grippe, survint dans un cas observé par B. une mydriase; ce signe oculaire n'avait jamais été observé par B. dans le cours de ses recherches chez les tabétiques. Dans le cas qu'il cite, la mydriase disparut comme par enchantement dès que la trompe d'Eustache fut désobstruée et que le malade put aspirer dans son pharynx le pus contenu dans sa caisse.

A. G.

**De l'enseignement auriculaire du sourd-muet et de la transmissibilité au centre auditif par l'intermédiaire du système osseux**, par HUGENTOBLE (*Société de médecine de Lyon*, janvier 1897).

L'A. s'est attaché à perfectionner l'éducation du sourd-muet par la méthode orale, méthode supérieure à toutes les autres; pour cela il s'est basé sur ce fait que tel enfant, atteint de surdité soi-disant complète, et insensible à la parole articulée fortement à l'oreille, devient attentif au son prononcé devant lui, si l'on fait intervenir le contact de la main; donc il semble qu'il y ait transmission de la voix par le corps, et le son arrive au centre de l'audition à travers les bras, les os du crâne, sans l'intervention de l'oreille.

Cette transmission peut être étendue à plusieurs enfants à la fois, à l'aide d'une longue règle en bois, tenue par le maître et appuyée sur la mâchoire inférieure ou la partie supérieure du thorax des enfants.

Ce procédé peut contribuer à la simplification du cours d'articulation des sourds-muets et constitue un progrès pour leur amélioration.

Mais, une petite objection : Le son est transmis probablement par les os du crâne, non pas au centre auditif, mais à l'oreille interne ; et ce procédé ne doit être applicable qu'aux enfants dont l'oreille interne n'a pas été détruite par l'affection qui a causé la surdi-mutité.

R. ÉTIÉVANT.

**Des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille**, par COLLET, professeur agrégé à la Fac. de médecine de Lyon (*Lyon médical*, 7 février 97).

L'A. expose dans ce travail les résultats qu'il a obtenus en pratiquant l'olfactométrie chez des malades présentant des affections auriculaires diverses ; employant l'olfactomètre de Zwaardemaker, il a constaté presque dans tous les cas une diminution du pouvoir olfactif, fort inégale d'ailleurs quant à son degré : C'est dans les otites moyennes suppurées ou chez les malades porteurs de cicatrices ou de plaques d'infiltration calcaire du tympan que la diminution de l'olfaction est le moins prononcée, elle est plus constante et plus marquée dans la sclérose de l'oreille moyenne, accompagnée ou non de lésions labyrinthiques.

Ces faits sont susceptibles de plusieurs interprétations :

a) Les troubles de l'olfaction résultent de lésions nasales entraînant à leur suite une sécrétion défectueuse du mucus nasal dont l'action bactéricide paraît démontrée, et joue un rôle dans la défense de l'oreille moyenne.

b) Quant à la sclérose, lésions nasales et lésions auriculaires peuvent n'être que des localisations différentes d'un mêmes processus de sclérose et d'atrophie par altération des nerfs de la cinquième paire.

Jusqu'ici les seuls travaux qui existent sur cette question sont représentés par une courte note du professeur Gradenigo à l'Académie des sciences de Turin et par la thèse d'un de ses élèves, le Dr Hahn.

R. ÉTIÉVANT.

**Un cas de corps étranger de l'oreille**, par FREDERICK JERAULD de New-York (*Medical Record*, 9 janvier 1897).

Observation intéressante : 1° par ce fait que la pénétration et le séjour du corps étranger, un petit caillou, pendant deux mois et demi avait passé absolument inaperçu ne déterminant qu'une surdité progressive ; 2° par le bouchon cérumineux formé autour du corps étranger comme noyau.

A. F. FLICQUE.

**Corps étrangers du conduit auditif**, par A. OUSPENSKY (*In Wratch*, 1897, n° 6, p. 169).

Un officier de marine voyait son ouïe baisser graduellement, sans douleurs, sans cause apparente, à tel point que le service devint impossible, car il n'entendit pas un jour un coup de canon.

L'examen des oreilles fit trouver les conduits remplis de cérumen et de tamponnets d'ouate, deux dans une oreille, trois dans l'autre; en rappelant ses souvenirs le patient trouva que ces corps étrangers avaient été introduits quatre ans auparavant à l'occasion d'un mal de dents. L'ouïe se rétablit aussitôt presque complètement.

M. N. W.

**Gangrène de l'oreille et de la face**, par PECK (*Arch. of. pediatric*, vol. XIII, n° 4 et *Ann. journ. of. med. sc.*, déc. 1896).

Il s'agissait d'un enfant d'un an qui, à la suite d'une coqueluche très grave, présenta une gangrène étendue du pavillon et de la face à gauche. La mort survint le seizième jour. A l'autopsie on trouva un abcès entre le crâne et la dure mère dans la fosse cérébrale moyenne gauche. Ch. Burnett, en discutant ce cas, croit qu'il s'est agi d'une otite moyenne déterminée par le passage des matières septiques à travers la trompe sous l'influence des quintes de toux. Secondairement, l'inflammation se serait étendue au dehors pour déterminer l'inflammation gangréneuse et à l'intérieur pour donner naissance à l'abcès intra-crânien.

M. LS.

**Carie de l'apophyse mastoïde et de la portion squameuse du temporal**, par NEWMAN (*Glasgow pathological and clinical Society*, 8 février 1897).

Chez un enfant de 4 ans, atteint depuis cinq mois d'otite moyenne chronique et chez laquelle on avait déjà ouvert un abcès mastoïdien, l'auteur constata la carie de la mastoïde presque tout entière, et, en enlevant les parties malades, il vit que la carie s'était propagée à la portion squameuse. Comme il n'y avait aucun symptôme inquiétant il n'enleva que la table externe de la portion squameuse afin de ne pas endommager le sinus ou la dure-mère. Dans l'espace de quelques mois on vit la lame interne se mobiliser et on put enfin la retirer sans exercer aucune violence, la plaie se cicatrisa rapidement après l'élimination du séquestre.

M. N. W.

**Otite moyenne aiguë compliquée d'abcès rétro-pharyngien**, par FRANK SHELLMANN (*N. Y. med. journal*, 6 février 1897).

Dans ce cas la propagation de l'otite moyenne au naso-pharynx, semble s'être faite par la gaine du muscle tenseur du tympan. Malgré les accidents cérébraux les plus graves, la guérison survint rapidement après l'ouverture de l'abcès rétro-pharyngien. Il semble cependant peu probable que cette collection purulente entre l'oreille moyenne et le pharynx ait pu seule déterminer les troubles méningés observés chez le malade.

A. F. PLICQUE.

**Infection aiguë généralisée par le bacille de Friedländer dans un cas d'otite moyenne avec abcès mastoïdien**, par BRUNER (*Münch. med. Wochens.*, n° 13 et 14, 1896).

Un homme de 55 ans eut un empyème de l'antre mastoïdien après une otite moyenne aiguë. La séparation de l'apophyse fut pratiquée, mais très rapidement il se produisit des accidents méningitiques avec symptômes d'infection générale, fièvre vive, pus dans les urines, etc. Mort deux semaines après l'opération. A l'autopsie, méningite étendue, caillots décolorés dans les sinus transverse et longitudinal, rate ramollie, petits abcès dans les deux reins.

L'examen du pus recueilli au moment de l'opération et à l'autopsie du sang des divers organes et de l'urine, montra toujours des cultures pures du bacille de Friedländer. L'auteur pense que la méningite est une des formes les plus fréquentes de l'infection causée par le bacille de Friedländer.

M. LS.

**Antrotomie comme traitement des otites moyennes purulentes chroniques**, par ALDERTON, de Brooklyn (*Arch. of. otol.*, vol. XXV, n° 3, 1896).

L'auteur se déclare partisan d'une intervention sur l'antre mastoïdien toutes les fois que la suppuration est permanente et n'a pas cédé à l'ablation des osselets et au curettage de la caisse.

Il a imaginé un instrument pour la description duquel nous renvoyons à l'original. Il consiste essentiellement en une sonde recourbée qu'on peut introduire dans l'antre après avoir fait écarter la paroi antérieure de l'attique et qui sert de protecteur pour une tréphine ; celle-ci se monte sur une partie de la sonde et agit toujours perpendiculairement à la partie recourbée, ce qui

évite les échappées et les perforations profondes. L'auteur dit qu'on se dispense ainsi des coups de maillet sur l'apophyse qui ne lui paraissent pas sans danger.

M. LS.

**Abcès du lobe temporo-sphénoïdal par otite moyenne aiguë. Opération. Autopsie,** par GORHAM BACON (*Arch. of. otology*, vol. XXV, n° 3, juillet 1896).

Jeune homme de 22 ans ayant depuis 8 semaines un abcès de l'oreille gauche avec écoulement léger provenant de la membrane de Schrapnell qui fut incisée à plusieurs reprises. Dès son entrée on soupçonne un abcès cérébral en raison d'un peu d'aphasie sensorielle. On ne fait cependant qu'une opération d'ouverture de la mastoïde et de l'antre.

Les jours suivants apparaissent des symptômes qui ne laissent pas de doute sur l'existence d'un abcès du lobe temporo-sphénoïdal (vomissements, délire puis coma, aphasie, névrite optique) et de fait on trouve un large abcès qui donne issue à environ 15 grammes de pus. Le malade meurt deux heures après.

A l'autopsie, double abcès dont le plus petit est en rapport avec une ouverture qui s'ouvre directement dans l'attique. — Deux bonnes photographies font bien voir la lésion de l'os et du cerveau.

L'auteur regrette de n'avoir pas ouvert l'attique lors de sa première opération, ce qui lui eut permis de voir l'ouverture cariée et d'aller à la recherche de l'abcès cérébral.

M. LS.

**Abcès du lobe temporo-sphénoïdal par otite moyenne aiguë,** par MILLIGAN (*Arch. of. otology*, vol. XXV, n° 3, 1896).

Cas très comparable au précédent en ce sens qu'il s'agissait d'une otite aiguë gauche chez un homme de 48 ans. Trois mois après le début, le malade présentait tous les signes d'un abcès cérébral : douleurs de tête intenses, apathie intellectuelle et physique, insomnie, aphasie sensorielle (l'auteur dit, sans aucun détail, surdité verbale ?) Ptose et dilatation de la pupille gauche, paralysie faciale gauche, incontinence des matières et des urines. Temp. 37,4, pouls 66.

Deux jours après, le malade est comateux et la trépanation fait trouver un abcès dans le cerveau. Les jours suivants tout paraît aller bien. Mais au bout de deux mois, la température s'élève à 39°, il se fait une hernie cérébrale qui augmente avec une rapidité surprenante et le malade succombe avec de la méningite de la base.



Il est à noter qu'on ne trouva aucune érosion carieuse de la caisse ou des cavités voisines et que le pus a pénétré dans le cerveau sans aucune lésion osseuse. M. LS.

**Deux cas de fibrosarcome du nerf acoustique**, par W. ANTON, de Prague (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 41, Hft. 2, 1896).

Après une rapide énumération des cas déjà publiés, l'auteur donne les détails de deux cas dont un seul a été examiné cliniquement.

I. Homme de 55 ans, ayant eu pour la première fois, en juillet 1891, des douleurs de tête avec trouble passager de la vue : quelques jours après, mêmes phénomènes, puis, au bout de trois jours, cécité d'abord à droite puis à gauche. Depuis lors céphalée, vomissements, sensation de vent dans la tête et bourdonnements dans les oreilles.

Le malade examiné au commencement de mars 1892, à la clinique de Zaufal, présente à droite un tympan trouble et enfoncé, à gauche un bouchon cérumineux. Son état de stupeur ne permet pas un examen approfondi de la fonction auditive ; on constate seulement que la montre est perçue au tragus à gauche et non à droite. Le son du diapason est latéralisé à gauche, ce qu'on attribue au bouchon (qui d'ailleurs ne fut pas enlevé). Légère parésie du facial inférieur droit, ataxie du membre supérieur droit, faiblesse des jambes, etc. Le malade meurt le 19 mars.

A l'autopsie, on trouve entre le cervelet et le pont de Varole, à droite, une tumeur comme un œuf de poule, de 3 centimètres sur 4, de consistance un peu molle, s'étant creusé une place dans l'hémisphère correspondant du cervelet et ayant repoussé à gauche la moelle allongée. Les 5<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> paires sont englobées dans la tumeur, surtout la 7<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup>, qui sont accompagnées par la masse néoplasique jusqu'à l'entrée dans le conduit auditif et qui paraissent aplaties et en partie détruites.

A l'examen microscopique, la tumeur est constituée par du tissu conjonctif en gros faisceaux irréguliers, très riches en cellules rondes et fusiformes ; dans le centre de la tumeur et surtout à la partie postérieure de larges cavités remplies de globules rouges ayant la forme d'un angiome caverneux. Les nerfs englobés dans la tumeur (7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> paires) sont aplatis et atrophiés et ont pour la plupart perdu leur myéline. Le trijumeau n'a que quelques fibres qui se perdent ainsi dans la tumeur.

Dans le rocher les deux nerfs sont manifestement dégénérés et atrophiés. Dans le limaçon, dégénération et atrophie dans le canal ganglionnaire et la lame spirale, notamment au niveau du premier tour de spire.

L'organe de Corti est relativement bien conservé. Rien dans le vestibule et les canaux semi-circulaires. Les racines et les noyaux de l'acoustique sont aussi intacts.

II. Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 68 ans et la tumeur fut une trouvaille d'autopsie. Le diagnostic anatomo-pathologique fut : carcinome double exulcéré de l'œsophage... tumeur du nerf acoustique gauche. Cette tumeur, du volume d'une noix, ronde, bosselée, s'étendait jusqu'à l'entrée du conduit auditif interne sans y pénétrer.

A l'examen microscopique, faisceaux de tissu conjonctif se croisant irrégulièrement, renfermant un grand nombre de noyaux ronds ou allongés et laissant vers le centre de la tumeur de nombreuses fentes allongées. Peu de vaisseaux. A la périphérie l'acoustique et le facial séparés l'un de l'autre paraissent dégénérés.

L'auteur croit qu'il s'agit dans ce cas, comme dans le premier, d'un fibrosarcome ayant pris naissance dans la gaine des nerfs acoustique et facial. Il est regrettable qu'il n'ait pas donné un examen plus approfondi de la tumeur et surtout qu'il n'ait pas indiqué quel rapport pouvait exister entre elle et le néoplasme de l'œsophage.

M. LS.

**Un cas d'otite moyenne suppurée compliquée d'abcès cérébelleux,**  
par SECKER WALKER (*Brit. med. journ.*, 1887, p. 578).

Un jeune garçon est atteint d'otorrhée droite pendant des années ; à 12 ans l'auteur lui enlève un polype de l'oreille et la suppuration cesse ; deux ans plus tard il est pris d'otorrhée gauche et pendant quatre mois il présente divers symptômes en somme caractéristiques d'un abcès intra-crânien, mais qui ne furent pourtant pas interprétés dans ce sens. Une première opération consista dans la trépanation de l'antre, que l'on trouva rempli de pus, carié au niveau de ses parois supérieure et postérieure, de sorte que l'on mit à nu la dure-mère cérébrale et cérébelleuse ; une large communication fut établie avec l'oreille moyenne que l'on débarrassa d'un polype et d'une masse de pus. Après une amélioration de dix jours, l'enfant est repris de vomissements et de céphalalgie, etc. ; aussi va-t-on dans une deuxième opération à la recherche d'un abcès cérébelleux à travers la première brèche ; il fut facile à trouver, mais le pus

s'écoulait assez difficilement ; un drain fut laissé en place durant trois semaines, puis retiré, l'état général et local paraissant très bons. Mais les accidents revinrent encore et en quelques jours l'enfant parut mourant. Une troisième intervention amena l'ouverture d'un autre abcès cérébelleux en arrière du premier — cette fois la guérison fut complète et définitive, le seul incident à noter durant la convalescence est une double névrite optique qui disparut au bout de peu de semaines. Il resta en définitive une vaste cavité mastoïdo-tympanique toute tapissée d'épiderme et communiquant avec l'extérieur par un orifice rétro-auriculaire.

M. N. W.

**Un nouveau procédé d'ablation du mur de la logette**, par MOUNIER (*Archives intern. de laryngologie*, janv.-février 1897).

L'auteur a cherché un instrument capable de produire l'ablation du mur de la logette par le conduit et en protégeant la face interne de la caisse. L'instrument, sans être nouveau, est ingénieux. Inutile d'en faire une description détaillée ; il suffit de se reporter à l'otoclaste de Gellé (*Archives inter. de laryng.*, janv.-févr. 1894), l'instrument de M. étant construit, dans ses parties essentielles du moins, exactement sur le même principe : il comprend, en effet, une gouge se mouvant dans une glissière que porte un protecteur qui se place contre la face interne du mur de la logette. Tandis que dans l'instrument de G. c'est la pression de la main qui fait agir l'otoclaste à la manière d'une pince, dans celui de M. on sectionne l'os en frappant sur la gouge avec un maillet.

L. EGGER.

**Deux cas de sarcome de l'oreille**, par MILLIGAN (*Arch. of. otol.*, t. XXV, n° 3, 1896).

Les tumeurs malignes de l'oreille ne sont pas très fréquentes dans la pratique. L'auteur les divise en deux groupes : les épithéliomes et les sarcomes, ces derniers étant plus rares. Les sarcomes peuvent prendre naissance primitivement dans l'oreille ou l'envahir secondairement en venant de la parotide, de la dure-mère, etc.

Le plus souvent le sarcome provient de l'oreille moyenne et affecte la forme d'un polype qui récidive rapidement après l'ablation. Il en rapporte deux cas : l'un, chez une femme de 65 ans, se produisit après une longue suppuration, s'accompagna de douleurs très vives, de paralysie faciale, de carie étendue du

temporal et ne paraît pas avoir été suivi après l'ablation d'un fragment pour l'examen microscopique. L'autre se présentait chez une jeune fille de 18 ans, ayant depuis l'enfance une sup-puration de l'oreille, sourde-muette ; elle fut opérée, mais la ré-cidive se produisit rapidement.

Dans le premier cas il s'agissait d'un angio-sarcome très vas-culaire, dans le second d'un myxo-sarcome également riche en vaisseaux... Deux photographies.

M. LS.

## II. — NEZ ET SINUS

**Etude sur les fonctions respiratoires du nez**, par J. L. GOODALE  
(*Boston medical and surgical journ.*, nov. 1896).

L'auteur étudie successivement au point de vue physiologique :

1° L'action de la muqueuse nasale sur l'air respiré par rapport à la chaleur et à l'humidité.

2° Les changements normaux de pression de l'air intra-nasal pendant l'acte respiratoire.

3° Le chemin normal suivi par l'air respiré à l'intérieur du nez.

4° Les échanges chimiques produits dans l'air par la mem-brane muqueuse nasale.

Il examine ensuite au point de vue pathologique :

1° Les variations de chaleur et d'humidité apportées à l'air inspiré par la rhinite hypertrophique et la rhinite-atrophique.

2° Les anomalies de pression de l'air dans les diverses affec-tions des fosses nasales.

3° Les modifications apportées au trajet de l'air respiré par les altérations de forme du vestibule, des cornets moyens et in-férieurs et du septum.

Ce travail se prête mal à une analyse complète. Il faut le lire en entier et l'on y trouvera les résultats d'expériences neuves et intéressantes.

H. DU F.

**Hyperosmie et parosmie**, par SNEBBY (*Medycyna*, n° 45, 1895 et *Arch. f. Ohrenh.*, Bd 41. Hft 2, 1896).

L'hyperosmie ne doit être considérée comme un état patholo-gique que si elle amène des troubles et a des suites désagréables. Elle est le plus souvent d'origine centrale, mais parfois aussi re-connait pour cause l'irritation des terminaisons nerveuses par une inflammation de la muqueuse. On la rencontre chez les

hystériques et les neurasthéniques, les anémiques, les femmes grosses, dans les troubles de la menstruation. Dans un cas de l'auteur la cautérisation de la muqueuse nasale rouge et sensible guérit un cas de sensibilité exagérée pour l'odeur du tabac. Dans ces cas, outre le traitement général, il faut faire des pulvérisations de cocaïne et de poudres calmantes sur la muqueuse nasale.

La parosmie est un accident beaucoup plus pénible et plus sérieux. L'une de ses formes peut être considérée comme dépendant d'un développement anormal et insuffisant des fibres nerveuses et par suite peut être comparée au daltonisme. Dans l'autre forme, il s'agit de véritables hallucinations, le malade ayant des perceptions sans qu'il y ait de source odorante : elle peut être centrale ou périphérique. Une malade de l'auteur se plaignit, pendant 15 jours après une attaque de grippe, d'une odeur persistante de café brûlé. Un médecin était poursuivi par une odeur d'anis pendant une heure chaque fois qu'il avait absorbé de l'antipyrine. Un autre malade avait une odeur fétide pendant une demi-heure après une pulvérisation de cocaïne dans le nez. — Le traitement est local ou général suivant les cas.

M. Ls.

**Les affections du nez et de la gorge dans leurs rapports avec les maladies générales**, par F. DE HAVILLAUD HALE (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 319).

La laryngoscopie est d'un grand secours dans le diagnostic de diverses maladies et tout praticien non spécialisé retirerait les plus grands bénéfices des connaissances mêmes peu étendues qu'il acquerrait dans l'examen de la partie de l'organisme rendue accessible au moyen du miroir. Les voies respiratoires et digestives supérieures servent très communément de porte d'entrée aux maladies infectieuses ; l'auteur les passe en revue à cet égard et décrit pour les fièvres éruptives et autres pyrexies infectieuses les déterminations buccales, pharyngées et laryngées, sans ajouter d'ailleurs de notions nouvelles. Après les affections aiguës l'auteur examine les maladies chroniques et montre, en somme, que le nez et la gorge ont leur part de tous les états pathologiques.

M. N. W.

**L'eucaine comme anesthésique local dans la chirurgie de la gorge, du nez et de l'oreille**, par JOHNSON HORNE ET MACLEOD YEARSLEY (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 135).

Les auteurs ont employé l'eucaine dans 32 cas divers, chez des

individus de tous les âges; la solution à 2 % est suffisante pour l'anesthésie de la luette, pour la laryngo-et la rhinoscopie postérieure, etc. Dans un cas sept gouttes de la solution chaude à 2 % maintenue dans l'oreille durant cinq minutes, ont suffi pour donner une anesthésie complète de 20 minutes. En général, il est utile d'employer des solutions à 5 % même à 8 % pour les interventions opératoires. Il faut toujours un contact de cinq à huit minutes pour produire l'effet voulu, car l'anesthésie est un peu plus lente à se produire qu'avec la cocaïne, tout en étant plus tard tout aussi parfaite; sa durée est de dix à vingt minutes, et son extension au-delà des limites de l'application directe assez notable — ainsi le cornet inférieur est insensible dans toute son étendue lorsque le tampon à l'eucaine est introduit dans la moitié antérieure de la narine; la caisse du tympan et les osselets sont insensibilisés en même temps que la membrane l'est directement. Les patients qui ont eu l'occasion de subir la cocaïnisation antérieurement sont d'accord pour dire que l'eucaine ne cause jamais la sensation tactile et gustative désagréable et durable qui est la conséquence de l'anesthésie par la cocaïne. L'eucaine provoque à un très faible degré l'ischémie locale et la rétraction des tissus et ne saurait, à ce point de vue, remplacer la cocaïne; par contre, on n'observe pas non plus les hémorragies post-cocainiques. L'effet de l'eucaine sur la circulation générale, sur le système nerveux, a paru toujours être nul; trois des trente-deux patients ont eu des lipothymies qu'il ne paraît pas possible de rattacher à l'eucaine; elle a été fort bien tolérée par des patients qui ne supportaient pas la cocaïne. Dans plusieurs cas l'eucainisation de la bouche, des amygdales, a provoqué une salivation exagérée. (Notons que les auteurs ne parlent pas de la douleur que cause tout d'abord l'application de l'eucaine, ainsi que le fait a été constaté pour la conjonctive, douleur assez intense pour que l'eucaine ne puisse, quant à présent, remplacer la cocaïne pour l'anesthésie de l'œil).

M. N. W.

**Speculum nasi**, par Sojo (*Communication à l'Académie royale de Barcelone*, 1897).

Ce spéculum se compose d'une valve demi-cylindrique sur laquelle est fixé à angle droit un manche assez long en forme de spatule.

Pour s'en servir, il suffit d'introduire la valve dans la narine en tenant le manche en dehors et un peu en haut dans la direction de l'angle externe de l'œil.

L'auteur en a fait construire trois modèles de différentes grandeurs s'adaptant à tous les cas.

Le Dr Sojo estime qu'un bon spéculum nasi doit avoir, comme qualité principale, de permettre l'élévation du lobule et de la sous-cloison de façon que l'orifice du vestibule se trouve placé sur un plan parallèle à celui de l'ouverture antérieure des fosses nasales.

C'est pour cette raison qu'il a imaginé ce spéculum.

Il nous paraît très pratique, et présente un avantage sur lequel nous appelons l'attention, celui d'être facilement et complètement désinfecté.

H. DU F.

**Du cornet inférieur, sa personnalité anatomique et pathologique, son hypertrophie et ses dégénérescences bénignes,** par LAGOARRET (*Rev. de laryng.*, 27 février 1897).

Le cornet inférieur est un os indépendant, à part.

La muqueuse qui le tapisse est spéciale, et se rapproche de celle du tube digestif par son épaisseur, le nombre de ses glandes en grappes, et des amas de follicules clos formant au niveau de la queue du cornet une véritable amygdale nasale.

Les dégénérescences bénignes sont précédées d'un état inflammatoire qui offre deux stades distincts et successifs, période de congestion vaso-motrice, puis période d'hypertrophie confirmée.

Cette hypertrophie peut présenter un aspect lisse ; la muqueuse est épaissie, moins réductible et moins vasculaire ; ou un aspect papillaire, moins fréquemment observé, atteignant surtout la queue du cornet, parfois se généralisant ; la muqueuse est ferme et d'aspect framboisé.

Ces hypertrophies, la dernière surtout, diffère de celle des autres cornets, et font place, à un moment donné, à la période de dégénérescence.

A. La plus commune est la d. *myxomateuse* ; d'aspect lisse ou papillaire.

La muqueuse est pâle, lardacée ; peu vasculaire ; dépressible mais non réductible ; sa consistance est telle qu'il faut employer la décortication du cornet à la pince coupante et à la curette dans certains cas.

B. La dégénérescence *fibro-myxomateuse*, plus rare, se présente également sous l'aspect lisse ou bourgeonnant. Muqueuse grisâtre, rappelant le tissu fibreux, dure, et nullement réduc-

ble; les lésions peuvent être assez nettement localisées pour trancher par leur coloration et leur consistance sur les parties voisines de la muqueuse moins franchement dégénérées.

H. RIPAUT.

**Etiologie, symptômes et traitement des rhinolithes, avec une observation, par W. SCHEPPEGRELL (Chicago, 1896.)**

L'auteur résume cette question en quelques pages. Il donne la relation d'un cas de rhinolithe survenu dans la narine droite d'un enfant de 13 ans, et reposant sur le plancher de la fosse nasale.

A cause de son volume, il fut nécessaire de le briser avec une pince pour l'extraire.

Le noyau était constitué par un caillot sanguin. H. DU F.

**Analyse d'un rhinolithe, par MALOSSE, professeur à l'école de médecine (*Bulletin méd. de l'Algérie*, 10 fév. 97).**

Ce rhinolithe était formé :

D'une enveloppe pesant	2 gr. 493
D'un noyau central pesant	0 gr. 370
— poids total —	2 gr. 863

Son noyau était composé, pour les  $\frac{3}{4}$ , de matières organiques, et, pour  $\frac{1}{4}$ , de matière minérale, très riche en fer.

Quant à l'enveloppe, elle était essentiellement formée de phosphate calcique (pour  $\frac{1}{2}$ ) et de phosphate magnésique (pour  $\frac{1}{3}$ ).

R. ÉTIÉVANT.

**Quelques effets de l'obstruction chronique du nez, par CH. N. COX (*Journal médical de Brooklyn*, octobre 1896).**

L'auteur étudie les effets de l'obstruction nasale à divers points de vue.

Ces effets sur le nez lui-même sont : la suppression de la respiration nasale, l'anosmie, l'altération du timbre de la voix, l'altération des sécrétions, la douleur, la rougeur de l'extrémité du nez.

Sur le naso-pharynx, le pharynx et le larynx : le catarrhe naso-pharyngien, les pharyngites, les laryngites.

Sur l'oreille : congestion de la trompe, catarrhe aigu ou subaigu de la caisse, otite moyenne purulente.

Enfin, au point de vue général on peut voir survenir : l'asthme



la toux, la céphalalgie, l'aproséxie, diverses affections des voies lacrymales et des yeux.

Ce travail a été lu le 19 mai 1896 à la Société médicale du comté de Kings.

Dans la discussion qui suivit, divers membres appelèrent l'attention sur les accidents septiques causés par les opérations sur le nez ou le naso-pharynx, sur le traitement des queues de cornet, etc...

H. DU F.

**Obstruction nasale et cardiopathies.** par GEORGES LOE ROCKWOOD (*New-York med. journal*, 16 janvier 1897).

L. signale l'obstruction nasale comme une cause adjuvante de dyspnée chez les cardiaques. L'obstruction nasale est chez ces malades arthritiques particulièrement fréquente. Si cette obstruction agit sur la dyspnée, la congestion passive entravée par la cardiopathie vient à son tour l'augmenter. En terminant il rapporte 4 cas d'obstruction organique (éperons hypertrophiés) et 3 cas d'obstruction congestive chez des cardiaques. Le résultat du traitement local fut excellent sur la dyspnée. Dans une huitième observation, l'ablation d'une épine de la cloison influença de la façon la plus favorable des crises d'*angor pectoris*.

A. F. PLICQUE.

**Du redressement spontané des déviations de la cloison par simple désobstruction de la fosse nasale opposée,** par P. LACROIX (*Archives internat. de laryngologie*, janv.-févr. 1897).

Obstruction des deux narines : N. G. déviation très accusée de la cloison ; N. D. éperon inférieur de la cloison, polypes muqueux, hypertrophies polypoïdes des cornets. Après opération de toutes les anomalies de la N. D. rendant à celle-ci son entière perméabilité, la cloison s'est redressée spontanément et la perméabilité s'est aussi établie du côté gauche.

L. EGGER.

**Le traitement de la rhinite hypertrophique par l'électrolyse bipolaire,** par W. SCHEPPEGRELL (de N. Orléans) (*Annals of ophthalmologie and otology*, 1896).

L'auteur préfère de beaucoup l'électrolyse à l'emploi des autres modes de traitement : galvano-cautère, acide chromique, etc...

Il a d'abord employé l'électrolyse mono-polaire, mais il a cessé

de s'en servir pour adopter la méthode bipolaire. Celle-ci agit plus rapidement, est moins douloureuse et son action est mieux limitée. Elle est toujours applicable, excepté chez les jeunes enfants et les personnes trop nerveuses, ou encore dans certains cas de malformation des narines.

H. DU F.

**Vertige d'origine naso-pharyngée**, par W. SCHEPPEGRELL (*Médical News*, 1896).

Les exemples de réflexes provenant du naso-pharynx se rencontrent rarement en dehors des cas de végétations adénoïdes.

C'est pour ce motif que l'auteur donne la relation de l'observation suivante.

Un jeune homme de 24 ans, souffrait depuis deux ans d'un catarrhe du pharynx. Un jour, en faisant un effort pour cracher, il fut pris de vertige et dut se retenir à un meuble pour ne pas tomber. Depuis ce moment le vertige revint constamment plus ou moins fort sous l'influence de la même cause. Deux fois même le malade perdit complètement connaissance. En dernier lieu il ressentait des douleurs très vives au dessus de l'œil droit.

L'examen du nez montra un épaississement du septum et une hypertrophie des cornets du côté droit. La muqueuse du naso-pharynx était le siège d'un catarrhe chronique.

Le traitement de ces diverses lésions amena la guérison.

H. DU F.

**Les névroses réflexes d'origine nasale**, par MELZI (*H. Morgagni*, 1897, p. 33).

M. pour expliquer l'extrême fréquence des réflexes d'origine nasale invoque la richesse de la muqueuse en ganglions et en filets nerveux. Les lésions les plus intenses comme action réflexe sont les polypes, les déviations du septum, l'hypertrophie des cornets, le catarrhe chronique. L'action accessoire de la prédisposition nerveuse est évidente. Un bon moyen de diagnostic étiologique est la disparition du trouble réflexe par l'anesthésie de la muqueuse nasale. Mais les traitements les plus rationnels de la lésion nasale échouent parfois alors même que le point de départ du réflexe est évident. Peut-être outre la lésion initiale de la muqueuse doit-on alors invoquer une modification définitive de conductibilité des nerfs qui en émanent.

A. F. PLIÇQUE.

**Maladies des sinus accessoires du nez, avec démonstrations anatomiques, dessins et instruments**, par J. W. GLEITSMANN, professeur de laryngologie et de rhinologie à la Polyclinique de New-York (*Annales d'ophtalmologie et d'otologie*, vol. V, n° 2, avril 1896).

Dans cette leçon, G. étudie la disposition anatomique des sinus, l'étiologie et la symptomatologie de leurs affections.

Puis il s'étend sur le diagnostic différentiel et termine en exposant les diverses modes de traitement. Cette question est, dans ce travail, succinctement mais très clairement résumée.

H. DU F.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Abaisse-langue à contre-pression**, par A. COURTADE (*Archives internationales de laryngologie*, janv.-févr. 1897).

C'est l'abaisse-langue ordinaire, auquel est articulé un levier portant un croissant destiné à fixer le maxillaire. Cet instrument permet de dompter la langue la plus indocile et de maintenir la tête dans la position cherchée par l'opérateur, ce qu'on obtient habituellement en plaçant l'index ou le médius tendu sous le menton du sujet.

L. EGGER.

**Le bacille de Friedländer dans la pharyngite et l'amygdalite**, par W. C. C. PAKES (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 715).

En ensemençant 500 tubes de sérum avec les produits pris chez des malades à la consultation du Guy's Hospital, l'auteur a trouvé le bacille de Friedländer 5 fois, deux fois en culture pure, deux fois associé au bacille de Löffler et une fois au staphylococque doré; dans les trois cas associés, des cultures pures ont été obtenues sur agar en deuxième culture. Les patients porteurs de ces micro-organismes présentaient des angines à exsudats blancs, les angines à pneumococque pur ne différant pas cliniquement des autres, l'une d'elle appartenant à une enfant, l'autre à un adulte. Les malades n'ont d'ailleurs pas été suivis.

M. N. W.

**Angine de Ludwig**, par OMBREDAME et KEINE (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, p. 41).

Les auteurs présentent le récit d'un cas de cette maladie, sur-

venue à la suite d'une carie dentaire : le phlegmon en quelques jours prit des allures très graves, le plancher de la bouche fut pris dans sa totalité et le malade ne pouvant respirer fut trachéotomisé, le phlegmon fut ouvert près de l'angle de la mâchoire, très peu de pus sortit, et celui qui sortit était mélangé de bulles de gaz : ce pus futensemencé et inoculé à un cobaye :ensemencé, il permit de voir des cultures où ne se constataient que du streptocoque et du staphylocoque blanc, on ne trouva pas de vibrion septique : de plus, le phlegmon qui se produisit chez le cobaye n'était pas compliqué d'emphysème et l'animal ne mourut qu'au bout de sept jours. Le sang pris dans le cœur après la mort ne contenait que du staphylocoque blanc.

A. G.

**De l'hypertrophie des amygdales, par MAGNAN (*Rev. de laryng.*, 13 et 20 mars 97).**

Les conclusions de l'auteur au point de vue du traitement, basées sur la pratique du Dr Moure, sont les suivantes.

Certaines hypertrophies ne doivent pas être opérées ; on obtient leur régression en enlevant les végétations adénoïdes, et en employant les astringeants, et une médication générale appropriée à chaque tempérament. L'ablation totale des amygdales se fait avec l'anse galvanique, parfois avec l'amygdalotome, qui expose aux hémorragies post-opératoires.

On pratiquera des cautérisations larges et profondes avec un couteau galvanique spécial, ou, à son défaut, avec le thermocautère, sur les amygdales sessiles et adhérentes, qu'on ne peut dégager des piliers. Enfin les hypertrophies partielles, et les pseudo-hypertrophies d'origine inflammatoire correspondant à l'amygdalite lacunaire, sont justiciables de la discision au crochet, et surtout de l'emporte-pièce de Ruault (qui rend de signalés services dans le traitement des hypertrophies de l'adulte, surtout avec les modèles plus réduits, fabriqué actuellement).

RIPAULT.

**Sur la tonsillotomie et sur l'emploi d'un nouveau tonsillotome serre-nœud, par FICANO (*Actes de l'Académie royale des sciences médicales. Palerme, 1896*).**

L'auteur résume ce qui a été dit sur les dangers de la tonsillotomie avec les instruments tranchants et l'anse galvanocautistique.

Pour lui la méthode de choix est la destruction des tissus hypertrophiés avec le couteau galvano-caustique. Mais dans les cas où il est nécessaire d'enlever l'amygdale il se sert d'un serre-nœud à anse froide dont il a modifié le manche. H. DU F.

**Sur l'étiologie des abcès de l'amygdale**, par KÖHLER, de Posen (*Noso. Lekarska*, n° 12, 1895, et *Arch. f. Ohrenh.*, Bd 41, Hft 2, 1896).

La dernière molaire, lorsqu'elle est cariée et renferme un foyer purulent, est très fréquemment la cause des abcès de l'amygdale : il est donc nécessaire de l'extraire, ce qui prévient toute récurrence. Les petits bouchons épithéliaux blanc-jaunâtre qui se forment dans les cryptes amygdaliennes sont souvent le point de départ des abcès.

L'auteur croit aussi, avec Schmidt, que les opérations sur le nez peuvent être le point de départ de ces abcès. Enfin il croit que dans un certain nombre de cas ils sont causés par les inflammations purulentes chroniques de l'oreille. M. LS.

**Un cas d'hypertrophie des gencives**, par JONATH HUTCHINSON (*Edimb. med. journ.*, février 97, p. 117).

Le sujet présenté à la leçon clinique est un nain de 25 ans, atteint d'ailleurs d'infantilisme. Ses gencives sont informes, grossies dans tous les sens par des bosselures irrégulièrement arrondies au milieu desquelles les dents sont enfouies ; la muqueuse est saine, il n'y a aucun processus inflammatoire de la bouche ni des lèvres et cet état n'a pas été noté à la naissance ; l'auteur, en comparant ce cas à d'autres publiés par divers observateurs, pense qu'il s'agit chez ces sujets, dont la plupart sont des arriérés au point de vue physique ou intellectuel, de reliquats de gingivites anciennes liées à l'éruption des dents.

M. N. W.

**Lupus du naso-pharynx chez un syphilitique, traité par la tuberculine**, par NAPIER (*Glasgow. med. journ.*, février 1837, p. 142).

Le patient, garçon de 13 ans et demi, syphilitique avéré, présenta d'abord à l'âge de 9 ans des accidents spécifiques non douteux, guéris par le traitement ioduré ; il avait entre autre une ulcération de la joue qui secicatrissa rapidement. A 13 ans et

demie l'auteur le revit avec un processus ulcéreux extrêmement étendu du nez, du palais, de la gorge; le palais était perforé, la luette détruite; de plus, il y avait de la kératite, de la surdité, un gros foi bosselé. Le traitement spécifique général, les topiques, le curettage furent absolument inefficaces. On eut enfin recours aux injections de tuberculine en commençant par 1 centième de milligramme pour arriver ensuite à 8 milligrammes; lorsque cette dose fut atteinte il y eut une très vive réaction générale et locale, une tuméfaction considérable de toutes les parties malades; en *quelques jours* les tissus malades furent éliminés et la cicatrisation fut complète en fort peu de temps. Le nez s'était affaissé au niveau des joues, les piliers adhéraient au pharynx; deux légères récidives furent arrêtées par le même traitement. Le palais et le nez furent remplacés par des appareils prothétiques. La guérison se maintient depuis et l'état général est parfait.

M. N. W.

**Des végétations adénoïdes**, par SETH SCOTT BISHOP (Chicago) (*New Albany medical Herald*, septembre 1896).

L'auteur décrit son mode opératoire.

Comme anesthésique il se sert du bromure d'éthyle avec lequel il n'a jamais eu d'accidents.

Il emploie l'ouvre-bouche de Greene et la curette de Gottstein.

Après l'opération il préconise de faire des pulvérisations avec la solution de camphre-menthol et lavoline à 3 %, et de les continuer pendant une semaine trois ou quatre fois par jour.

H. DU F.

**Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes**, par LICHTWITZ (*Archives internat. de laryngologie*, janv.-févr. 1897).

L'auteur opérait, chez une jeune fille de 11 ans, des végétations adénoïdes au moyen du pharyngo-tonsillotome de Schültz, lorsqu'en faisant jouer l'instrument, il perçut un grincement, et fut arrêté par une résistance anormale qu'il ne put vaincre qu'avec grand effort. On trouva englobée au milieu des végétations une crête osseuse triangulaire, longue de 1 centimètre; large de 5 millimètres dont la base se trouvait au niveau de la section de la glande Luschka. Il n'y eut pas de suites opératoires fâcheuses. L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à de l'os vrai spongieux.

L'auteur pense que le tubercule pharyngé est ici en cause et qu'il a présenté les mêmes anomalies que Zuckerkandl a rencontrées dans le tubercule antérieur de l'atlas. L. EGGER.

**Des accidents désagréables qui accompagnent l'opération des végétations adénoïdes**, par KAHN (*Norm. und. pathol. Anat. für Nasenhöhle*), II, 209.

Il s'agit d'une saillie osseuse située sur la ligne médiane de la paroi postérieure du pharynx, correspondant à un développement exagéré du tubercule antérieur de l'atlas, s'étendant sur le corps de cette vertèbre et descendant en pointe sur la face antérieure de l'axis.

Cette saillie n'est d'ordinaire pas diagnostiquée et ne peut l'être avant l'opération que par un toucher digital attentif, et la rhinoscopie postérieure, à condition que les végétations soient très peu développées à son niveau.

Cette exostose gêne l'opérateur, et peut même arrêter net le couteau; celui-ci doit être dégagé, et curetter alors de chaque côté; l'ablation du fragment osseux peut se faire à la curette ou à la pince; il expose aux hémorragies, parfois assez inquiétantes pour obliger au tamponnement; aussi quand cette anomalie a été constatée au cours de l'intervention faut-il surveiller d'un peu plus près son malade pendant les premiers jours.

RIPAULT.

**Un cas de tumeur du pharynx; extraction après laryngotomie: guérison**, par PEARCE GOULD (*Lancet*, 24 octobre 1896).

Les tumeurs importantes, de nature inoffensive, ne doivent pas souvent être enlevées par la base du crâne à l'âge du malade (29 ans), les fibromes naso-pharyngiens, que l'on opère le plus souvent, se rencontrant surtout de 10 à 20 ans. Le procédé employé dans ce cas — ablation après division du voile palatin — a été mis en pratique pour la première fois par Manne, d'Avignon, en 1711; la laryngotomie préliminaire, avec tamponnement du pharynx, au moyen d'une éponge, est une importante addition d'un caractère plus moderne. La tumeur avait le volume d'une grosse orange tangerine, partant de la base du crâne et pénétrant dans le naso-pharynx. Elle était lisse et globulaire; pas de déformation osseuse. Après chloroformisation, laryngotomie et introduction d'une éponge dans le pharynx. Ensuite on fend le voile palatin par le milieu. Excision de la tumeur avec le bis-

touri et la curette, légère hémorrhagie. Le voile du palais est suturé avec du crin de Florence. La convalescence est bonne et lorsque le malade quitte l'hôpital, au bout de 17 jours, le voile palatin est unifié et on ne trouve rien dans le pharynx nasal.

SAINT CLAIR THOMSON.

**Observations cliniques et anatomiques sur l'hémiatrophie de la langue,** par GIOVANNI MINGAZZINI (de Rome), *Archivio italiano di otologia, rinologia et laringologia* (1<sup>er</sup> fasc. 1896).

Les cas d'hémiatrophie de la langue consécutive à la section de l'hypoglosse sont très rares.

L'auteur a eu l'occasion d'observer le cas suivant. Il s'agit d'un homme de 41 ans qui, à la suite d'un accès de délire alcoolique survenu en 1885, essaya de se suicider en se tranchant la gorge avec un rasoir au niveau de la région sus hyoïdienne gauche. Il guérit de cette blessure, après avoir été opéré avec succès d'une fistule communiquant avec le pharynx. Peu à peu, le côté gauche de la langue commença à s'atrophier, et cinq ans plus tard (1890), cette atrophie était considérable. En 1894, ce malade présentait des signes d'aliénation mentale. A cette époque, on put reconnaître les symptômes ci-après : Les réflexes pharyngé et lingual sont abolis. Le pilier antérieur gauche du voile est à peine apparent. La luette n'est pas déviée. La muqueuse de la partie gauche et de la partie antérieure de la langue présente une couleur légèrement rouge. Du côté droit, la muqueuse est rouge écarlate. En passant le doigt sur la moitié gauche, on a la sensation d'une masse uniforme, tandis qu'à droite, on sent de légères excroissances. La langue est déviée légèrement à gauche, sans prendre une forme arquée quand elle reste immobile. Le malade peut à peine sortir sa langue au dehors des arcades dentaires.

Pendant les tentatives de mouvement, elle s'incurve en forme de faux, la concavité répondant au côté gauche. Tout autre mouvement est impossible. De très légers tremblements fibrillaires parcourent les deux moitiés de l'organe. Le malade prononce mal les lettres b, f, g, h, s, x ; il ne peut arriver à prononcer c, r, k, q.

On ne peut noter aucun trouble de l'articulation propre au stade initial de la démence paralytique.

Ce malade mourut le 19 septembre 1894, après avoir présenté les troubles psychiques du délire des grandeurs.



A l'autopsie, l'auteur a fait l'examen microscopique du bulbe, du noyau principal de Stilling et des fibres radiculaires, etc... Il donne une description détaillée des altérations qu'il a constatées, accompagnée de trois figures.

Il conclut de ces recherches que, par suite de la section de l'hypoglosse gauche, il s'est produit un processus atrophico dégénératif des fibres radiculaires qui s'est propagé jusqu'au noyau homolatéral originaire.

HAMON DU FOUGERAY.

**L'actinomycose linguale primitive**, par PAUL CLAISSE (*Presse méd.*, 31 mars 1897).

Au sujet d'un cas d'actinomycose linguale primitive, l'auteur résume l'évolution clinique particulière de cette localisation, Tumeur à peu près solide au début, entourée de tissus sains, recouverte de muqueuse intacte, à évolution subaiguë ou chronique. Dans le cas de C. l'évolution s'est faite en deux fois et a subi un temps d'arrêt, à la suite du premier traitement ioduré. La tumeur est d'abord assez profonde, atteint la dimension d'une noisette et donne la sensation d'une masse de tissu compact.

Peu à peu, elle augmente de volume, sans pour cela devenir douloureuse, gênant seulement les mouvements de la langue; puis elle devient superficielle et peut donner une sensation de fluctuation. Enfin, abandonnée à elle-même, elle finit par s'ouvrir. Dès lors, sa physionomie est celle des autres localisations buccales.

Quant au diagnostic, c'est à la période de tumeur profonde qu'il est le plus délicat; ni l'examen de la langue, ni l'examen des ganglions ne permettent, dans certains cas, de se prononcer entre le cancer et l'actinomycose. Pour ne pas perdre un temps précieux, il faut résoudre le problème au moyen du traitement ioduré qui amène la fonte rapide de la tumeur en cas d'actinomycose. Le diagnostic avec la *syphilis* est plus difficile puisque la pierre de touche, l'iode, ne saurait nous éclairer; mais ici, le temps presse moins, et l'on peut attendre le moment où la fluctuation permettra un examen qui lèvera tous les doutes.

L. EGGER.

## IV. — LARYNX ET TRACHÉE

**Sur l'innervation vaso-motrice du larynx**, par E. HÉDON (*Presse médicale*, 28 novembre 1896).

Il n'existe aucune expérience physiologique tendant à démontrer l'existence de nerfs vaso-moteurs pour les vaisseaux du larynx. Le seul travail qui existe, ayant trait à ce sujet, celui de Spiess, n'enregistre que des résultats expérimentaux négatifs ; il n'apporte donc aucun éclaircissement à la question. L'auteur constate que les insuccès de Spiess sont dûs à un défaut de technique.

H. opère sur un animal curarisé et soumis à la respiration artificielle, et constate que l'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur produit la rubéfaction de la muqueuse laryngée du côté correspondant au nerf excité, d'une façon constante et suffisamment nette pour qu'il n'y ait aucun doute sur la qualité vaso-motrice de ce tronc nerveux ; cette même excitation provoque simultanément la sécrétion des petites glandes muqueuses du larynx. Le nerf laryngé supérieur doit donc être considéré comme un nerf vaso-dilatateur et sécrétoire pour la muqueuse du larynx.

L'auteur décrit avec soin sa méthode et conclut qu'il faut ajouter le nerf laryngé supérieur au nombre assez restreint des vaso dilatateurs connus.

L. EGGER.

**Moyen d'empêcher le miroir laryngien de se ternir**, par A. KIRSTEIN (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, 1897.)

Pour obvier à cet inconvénient, K. conseille de frotter le miroir avec du savon noir, puis de l'essuyer avec un linge sec ; ainsi préparée, la glace reste claire une fois introduite dans la bouche et il est même inutile de chauffer préalablement l'instrument. A l'aide du miroir savonné on distingue certaines nuances qu'il est impossible de voir par l'examen laryngoscopique ordinaire.

Le phénomène physique est ainsi expliqué par C. Oppenheimer : en frottant un peu le miroir avec du savon noir, de façon que la glace se ternisse, et que l'on respire bruyamment la place couverte de buée s'éclaircit. Le savon absorbe l'eau et devient transparent.

Les laryngologistes demeureront certainement fidèles au chauffage du miroir, mais le nouveau procédé rendra service dans certains cas.

On peut aussi employer du savon de ménage ou de toilette, mais il est plus difficile à étendre.

A. G.

**Autoscopie laryngotrachéale**, par DIONISIO (*Giornale della Accademia di Torino*, janvier 1897, p. 17).

Ce procédé étudié déjà par Tobold et Kirstein consiste à examiner directement le larynx sans miroir, en y projetant un faisceau lumineux variant l'extension de la tête et déprimant fortement le bas de la langue. Il offrirait des avantages particulièrement chez l'enfant et pendant le sommeil chloroformique. Mais ce n'est guère que chez le quart des patients qu'on peut bien apercevoir tout le larynx. Cette méthode s'applique bien aux interventions sur la région aryténoïdienne et interaryténoïdienne, mal aux interventions sur les cordes vocales.

A. F. PLICQUE.

**Insufflateur à air comprimé**, par M. BOULAY (*Archives internat. de laryngologie*, mai-juin 1897).

Reprochant à l'insufflateur à poires en caoutchouc de ne pas fonctionner d'une façon suffisamment instantanée, l'auteur a imaginé un nouvel instrument, qui se compose d'un manche et d'un tube d'émission. Le manche est constitué par les parties essentielles de l'appareil : une pompe à compression et un réservoir d'air que ferme un robinet d'expulsion. L'instrument une fois armé, c'est-à-dire le réservoir chargé d'air comprimé et le tube muni de la poudre à insuffler, il suffit d'appuyer sur le robinet pour que la décomposition brusque de l'air expulse la poudre instantanément et presque sans bruit.

L. EGGER.

**Une épingle dans le larynx, localisée par les rayons Röntgen et extraite par la voie externe**, par WALKER DOWNIE (*Edim. med. journ.*, janvier 1897, p. 60).

Le malade, jeune homme de 19 ans, prend un soir une épingle dans sa bouche sans trop songer à ce qu'il fait; le lendemain, au premier repas il ressent, en avalant, une sorte de déchirement, puis une vive douleur dans le côté droit du larynx; cette douleur se répète à chaque déglutition et il survient un peu de

crachement sanguinolent, sans toux d'ailleurs ; des examens réitérés, digitaux et laryngoscopiques n'arrivent pas à déceler l'épingle, on constate seulement une pharyngite assez vive et de la tuméfaction de la moitié droite du larynx, la corde vocale supérieure cachant en grande partie l'inférieure. L'appareil stéagographique dont le service disposait, étant trop faible, plusieurs tentatives de photographie Röntgen échouèrent ; enfin, on put obtenir une bonne épreuve latérale après une exposition de 45 minutes et l'on vit nettement l'épingle à peu près transversale, vers la corne inférieure du cartilage thyroïde, qui était aussi le siège de la douleur. Mais il fut impossible d'obtenir une image de la colonne vertébrale et de savoir la position de l'épingle par rapport à la ligne médiane. L'auteur conclut du mode de pénétration et du manque de symptômes laryngés sérieux que l'épingle se trouvait en dehors du larynx ; mais une opération faite dans cette prévision sur le côté droit de la région laryngée, n'amena point la découverte de l'épingle. On s'en tint à ce résultat négatif jusqu'à l'arrivée d'appareils stéagographiques plus puissants et près de cinq mois après la pénétration du corps étranger, on put obtenir, par une exposition de dix minutes, une photographie antéro-postérieure parfaite. Dès lors, l'épingle se trouva localisée très exactement, sa pointe fichée dans le troisième disque intervertébral, sa tête située un peu plus haut et tout près de la ligne médiane du corps, à 11/10 de pouce d'une ligne horizontale que l'on avait eu soin de marquer ainsi que la ligne médiane à l'aide d'une fine lamelle métallique. L'épingle était donc dans le larynx, traversant le ventricule droit, et rien ne fut plus facile que de l'extraire par la thyrotomie, d'autant plus que la tête avait ulcéré et traversé le cartilage et se présenta aussitôt que le périchondre fut incisé. La guérison se fit fort simplement. Malheureusement, dix jours après la stéagraphie, l'opéré qui, jusqu'alors, n'avait rien éprouvé d'anormal, perdit les cheveux de l'occiput et eut, sur toute cette région, comme une brûlure au 3<sup>e</sup> degré qui le fit beaucoup souffrir et laissa une alopecie persistante.

M. N. W.

**Inflammation aiguë primitive du tissu sous-muqueux du larynx,**  
par CHIARI (Wien. klin. Woch., 1897, 109).

La laryngite sous-muqueuse aiguë affecte des formes fort diverses suivant qu'elle est limitée ou diffuse ; l'auteur apporte une série de cas différents. Les trois suivants sont des exemples

d'abcès aigus, bien limités, qui rappellent les furoncles de la peau.

obs. I. — Femme de 66 ans, atteinte pendant 4 jours de mal de gorge, de fièvre, de dyspnée et de dysphagie ; la gêne respiratoire cède brusquement la nuit, sans que la malade ait expectoré de pus ; l'examen du larynx montre la tuméfaction de toute sa moitié droite qui est rouge et immobile, la région aryténoïdienne présente une ulcération déchiquetée et grise qui est visiblement le point de rupture d'un abcès. Tous les accidents cessent le jour même, sauf une légère dysphagie qui dure une quinzaine.

obs. II. — Femme de 43 ans, prise de mal de gorge et de dysphagie sans gêne respiratoire ; dès le lendemain, on constate de l'œdème de l'épiglotte, le surlendemain, la tuméfaction est énorme, constituée par trois gros bourrelets dont le plus gros occupe la moitié droite de l'organe ; la tuméfaction s'étend à l'amygdale d'une part, à l'entrée du larynx d'autre part. L'incision des tumeurs épiglottiques donne du pus au niveau de la tumeur droite, mais tous les accidents ne cèdent que lorsqu'un jour plus tard on arrive, par l'incision primitive, dans une autre poche purulente ; la guérison est rapide.

obs. III. — Homme de 50 ans, examiné 4 jours après le début d'un mal de gorge fébrile ; on trouve de la tuméfaction de l'épiglotte, à gauche surtout, et à l'origine du repli pharyngo-épiglottique un point jaune, saillant ; par ce point une sonde arrive dans une cavité remplie de pus sanieux et excessivement fétide : l'orifice est agrandi et sondé plusieurs jours de suite, ce qui amène une prompte guérison. Deux autres observations ont trait à des inflammations diffuses qui n'ont pas dépassé la phase œdémateuse.

obs. IV. — Jeune fille de 20 ans, atteinte d'abord de coryza ; le lendemain elle éprouve de vives douleurs dans la moitié droite du larynx qui est rouge et fortement tuméfiée. L'usage de la glace intra et extra fait tomber cette inflammation en 24 heures ; mais la température remonte ensuite et l'on voit apparaître un nouveau point tuméfié au-dessous de la corde vocale droite ; ce point pâlit dès le lendemain et l'état est redevenu tout à fait normal au bout de 10 jours.

obs. V. — Femme de 66 ans, prise d'un accès de spasme de la glotte en mangeant. Il se trouve alors que depuis plusieurs jours déjà, elle souffre pendant la déglutition : cette douleur continue une fois l'accès passé — l'examen montre de la tuméfaction de la

surface postérieure des aryténoïdes et de la paroi pharyngée ; des gargarismes antiseptiques et des applications de glace ont raison des accidents en une dizaine de jours.

Viennent ensuite trois observations où l'inflammation est plus intense et aboutit à de la gêne fonctionnelle plus ou moins durable.

OBS. VI. — Femme de 45 ans, atteinte subitement de laryngite. La tuméfaction est considérable, surtout dans la moitié gauche du larynx et les mouvements de la corde vocale sont limités ; le traitement antiphlogistique a raison de l'inflammation et dans ce cas les mouvements des cordes vocales se restituent parfaitement.

OBS. VII. — Femme de 40 ans, atteinte de laryngite aiguë une première fois à un degré tel, qu'on était prêt à pratiquer à la trachéotomie, qui put être évitée pourtant ; il persista un épaississement au niveau du cartilage aryténoïde. Deux ans plus tard, une deuxième attaque de laryngite fut moins grave ; mais on put constater alors que l'excursion de la corde vocale était définitivement limitée.

OBS. VIII. — Homme de 45 ans. Après deux jours de mal de gorge et de fièvre, la gêne respiratoire est telle qu'on procède au tubage du larynx qui est fortement rongé et tuméfié au niveau des aryténoïdes, de l'épiglotte, moins au niveau des autres régions ; les cordes vocales sont peu mobiles. Le tube ayant été rejeté, on fut obligé de pratiquer la trachéotomie et les accidents inflammatoires rétrocedèrent lentement, mais l'ankylose des cordes vocales ne céda qu'au bout de six mois suffisamment pour qu'il fut possible de supprimer la canule trachéale ; toutefois la lumière de la glotte arrivait-elle encore à peine au-delà du tiers de sa largeur normale.

Les quatre dernières observations se rapportent à des cas plus graves de beaucoup, de véritables phlegmons du larynx, dont trois avec issue mortelle, malgré la trachéotomie, l'ouverture des abcès. Les malades eurent tous des accidents d'infection broncho-pulmonaire et l'un succomba plus directement à une hémorragie veineuse dans le voisinage de la plaie trachéale. M. N. W.

**De la résection et de la suture de la trachée**, par FÖDERL (Wien. klin. Woch., 1897, p. 1258).

Un enfant de six ans a le cou tranché, dans son sommeil, par sa mère folle — la trachée se trouve divisée au-dessous du cricoïde de telle sorte qu'il ne reste qu'une étroite languette muqueuse de la paroi postérieure ; les muscles sterno-hyoidiens et sterno-thyroidiens, le sterno-cléido-mastoidien gauche, le nerf ré-

current gauche, l'artère thyroïdienne supérieure sont sectionnés. Toutes ces parties sont suturées y compris le nerf récurrent ; la trachée est suturée à la soie dans son tiers postérieur et une canule est introduite dans la plaie antérieure ; cinq jours plus tard on sutura la trachée sur le reste de sa périphérie après avoir pratiqué une trachéotomie basse ; cette deuxième canule fut supprimée au bout de quelques jours. Mais on vit bientôt se développer une sténose trachéale rapidement croissante, si bien qu'il fallut trachéotomiser à nouveau et un mois après l'accident, la coarctation cicatricielle était telle, qu'il fut impossible de trouver une communication entre le larynx et la trachée ni par la vue, ni par la sonde. Voici en quoi consiste l'opération : trachéotomie basse, tamponnement de la trachée au-dessus à travers la plaie trachéale supérieure, dissection de la trachée, résection de la partie rétractée par la cicatrice ; les deux bouts du conduit, c'est-à-dire le bord inférieur du cartilage cricoïde et le 3<sup>e</sup> (?) anneau de la trachée se trouvèrent alors à trois centimètres d'écartement ; il fallut disséquer la trachée jusqu'à la plaie trachéale inférieure pour la voir se mobiliser facilement ; on put alors placer des sutures au catgut comprenant toute l'épaisseur de l'organe sur toute la périphérie des deux bouts rapprochés, les serrer après les avoir tous placés et finalement suturer les parties molles et fixer la tête en flexion. L'opération avait duré 2 h 1/2, la période post-opératoire fut des plus simples ; l'enfant put manger dès le lendemain respira librement sans canule dès le cinquième jour et garda la tête fléchie durant trois semaines ; les sutures cutanées furent enlevées au bout de quinze jours et la cicatrice cutanée devint ultérieurement hypertrophique. Aussi, lorsque trois semaines plus tard on vit survenir quelque symptôme de sténose, reconnut-on facilement qu'il se développait quelques chéloïdes à la surface interne de la ligne cicatricielle ; elles furent abrasées par la voie endolaryngée et l'enfant fut habitué, pour parer à toute éventualité, au cathétérisme à l'aide des bougies de Störk ; on n'eut, d'ailleurs, pas besoin d'y recourir, les chéloïdes restantes se résorbèrent et la ligne cicatricielle apparut mince et grise sur la muqueuse trachéale ; la respiration était normale, la voix n'avait jamais été troublée.

M. N. W.

**Considérations sur le traitement de la tuberculose laryngée, par JANKELIVITCH (*Rev. de laryng.* 2 et 9 janvier 1897).**

Le traitement a des cas de guérison à son actif ; de plus, il soulage le patient de symptômes fort pénibles, dyspnée et dys-

phagie surtout, et permet de lutter plus efficacement contre l'infection générale; le scepticisme thérapeutique n'est donc pas permis, même s'il existe des lésions pulmonaires, et une détérioration de l'état général, à condition cependant qu'elles ne soient pas trop avancées.

Le traitement général est l'auxiliaire indispensable du traitement local; le Dr J. ne s'occupe que ce dernier.

Le traitement médical a pour base les antiseptiques: iodoforme ou iodol; en solution éthérée (Massei), en injections glycérinées (Heryng), ou à l'état pulvérulent; le menthol, en solutions fortes; le phénol sulfuriciné; la créosote; le para-et ortho-chlorophénol, dont les résultats demandent de nouveaux essais, enfin la tuberculine dont les injections (M. Schmidt) n'ont pas donné ce qu'on en attendait.

L'acide lactique a une action incontestable sur les infiltrations et ulcérations; mais elle n'est nullement spécifique; de plus par la douleur et la réaction qu'il provoque, le médicament est souvent contre-indiqué.

Enfin l'auteur est peu partisan de la médication symptomatique (cocaïne, morphine) ne donnant qu'une amélioration passagère, et créant l'accoutumance.

Le traitement chirurgical n'est entré dans la pratique que depuis l'emploi de la cocaïne, il ne doit pas être appliqué aux malades trop nerveux, ou épuisés, ou encore manquant d'énergie et de persévérance; enfin aux sténosés, les scarifications sont à peu près abandonnées; le curettage donne surtout des résultats dans les lésions de la paroi postérieure et de la région aryténoïdienne; il expose au spasme, à l'hémorrhagie, à une réaction inflammatoire parfois vive; les instruments employés sont les curettes simples et doubles, et les emporte-pièces: pinces coupantes pour l'aryténoïdectomie.

Le galvano-cautère est un palliatif parfois utile pour les infiltrations récentes, et chez des malades affaiblis; l'électrolyse est un procédé trop lent, mais bien supporté.

La trachéotomie a été conseillée comme un moyen curatif; mais malgré un certain nombre de cas favorables; elle n'a pu se vulgariser, et est restée seulement le traitement de la sténose laryngée.

Les conclusions de l'auteur sont que, suivant le cas, le traitement chirurgical ou médical l'emporte; mais dans la majorité des cas, le traitement médical, bien appliqué, soulage tout aussi vite et aussi sûrement; le traitement chirurgical d'emblée doit



être réservé aux cas bien favorables (Luc); et ne sera appliqué que dans les cas où il est indispensable (dysphagie rebelle; dyspnée vive...) dans les autres conditions.

L'auteur recommande, à tous points de vue, un médicament très actif et non caustique, bien supporté, sauf dans certaines formes très éréthiques; c'est la glycérine phéniquée à un dixième et à un cinquième, appliquée après cocainisation.

Le médicament suffit dans bien des cas; s'il échoue, on essaiera le galvano et l'acide lactique; enfin dans les cas tout à fait rebelles on aura recours aux curettes et pinces coupantes, les sténoses avancées, celles rendant l'asphyxie imminente, nécessitent seules la trachéotomie.

L'auteur termine en nous indiquant le traitement suivi à la clinique du Dr Moure.

A la période catarrhale, on pratique des attouchements avec la solution de chlorure de zinc, en en surveillant l'effet, et on ordonne des pulvérisations antiseptiques et calmantes s'il existe une infiltration; on frotte avec la solution de glycérine phéniquée.

A une période de lésions plus avancées: pulvérisations antiseptiques; pansements bi hebdomadaires à la glycérine phéniquée à un dixième, suivis d'une insufflation d'iodoforme.

Enfin à la troisième période: pulvérisations calmantes et antiseptiques, attouchements à la glycérine morphinée et cocaïnée; mais se délier des interventions et même des pansements intralaryngés.

Une bibliographie bien complète termine cette étude d'ensemble.

H. RIPAUT.

**Syphilis tertiaire du larynx, gomme non ouverte du cricoïde**, par DE GENNES ET GRIFFON (*Bulletin de la Société anat. de Paris*, 1896, p. 773).

Le malade, homme de 37 ans, succomba brusquement après quelques jours de traitement spécifique. Voici ce que montra l'autopsie, la tumeur siégeait au niveau du chaton du cricoïde, elle n'était pas ulcérée, en dedans, on vit du caséum et des petits séquestres.

Les auteurs signalent la rareté du siège dans leur cas; leurs recherches leur ont montré, disent-ils, que la région sous-glottique n'était presque jamais le siège de l'affection; de plus, l'observation d'une gomme intacte, non ulcérée, est une chose rare dans la syphilis tertiaire du larynx.

A. G.

**Adénopathie trachéo-bronchique, perforation de la bronche droite par un ganglion caséeux**, par BAYEUX ET AUDIANS (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1897, p. 150).

Enfant de 7 ans qui n'eut aucun symptôme morbide jusque 15 jours avant sa mort. Il entre à l'hôpital par de violents accès de suffocation, il est tubé sans soulagement, et on crut un moment à l'existence d'un corps étranger dans les voies aériennes, malgré tous les moyens employés, l'enfant succombe quatre heures après le tubage.

A l'autopsie, on constate une perforation de la paroi latérale de la trachée, près de la bronche droite produite par un ganglion caséeux qui, pendant la vie, faisait hernie dans la trachée et faisait obstacle au passage de l'air.

Cette observation, disent les auteurs, est intéressante, parce que la maladie a été longtemps latente et que les symptômes terminaux ont été très brusques.

A. G.

**Cancer pharyngo-laryngé et stomacal concomitants**, par FONTONGNOT (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, p. 129).

L'examen histologique de ces deux tumeurs montre que la tumeur pharyngo-laryngée est constituée par un épithélioma lobulé à nombreux globes épidermiques primitifs de la région pharyngée, tandis que la tumeur stomacale est un épithélioma cylindrique typique de la région du pylore.

Il y a donc coïncidence de deux cancers primitifs chez un même individu, les deux tumeurs ayant évolué parallèlement.

A. G.

**Tubage du larynx dans le croup. Auto-extubation. Pathogénie. Prophylaxie**, par R. BAYEUX (*Presse médicale*, 20 janvier 1897).

L'auto-extubation constitue une complication grave du tubage. Elle est due à ce que le renflement du tube n'est pas à sa place, dans la trachée, c'est-à-dire au-dessous de l'anneau inextensible du cricoïde. Il en résulte que la sécurité de la fixation des tubes doit être cherchée au moyen d'une meilleure adaptation des tubes, dans leur forme et leurs dimensions actuelles, aux dimensions de la bague cricoïdienne. C'est dans ce but que l'auteur préconise une graduation nouvelle et mieux adaptée des tubes laryngiens.

L. EGGER.

**Parallèle entre le tubage et la trachéotomie**, par JOSIAS (*Société de thérapeutique*, 10 février 1897).

L'auteur estime que la préférence accordée par M. Sevestre au tubage est peut-être exagérée et ne mérite pas d'être généralisée à tous les cas. La dernière statistique de l'hôpital Trousseau permet de se convaincre que la pratique du tubage a donné lieu à une mortalité effrayante, de près de 100 % dans tous les cas de rougeole, tandis que, chez les petits malades placés dans les mêmes conditions et traités par la trachéotomie, la terminaison fatale n'a été enregistrée que dans la proportion de 50 %.

L. EGGER.

**Examen du larynx dans un cas de paralysie glosso-labée**, par F.

J. COLLET (*Archives internat. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, mai-juin 1897).

Observation très intéressante de paralysie glosso-labée dont le début ne remonte qu'à six mois. L'auteur nous montre le syndrome glosso-labio-laryngé typique, tel qu'on peut éliminer l'idée de la paralysie pseudo-bulbaire et de la névrite, et poser le diagnostic de paralysie glosso-labio-laryngée nucléaire, d'origine bulbaire. En outre, on observe une atrophie musculaire progressive en voie d'évolution dans les membres supérieurs, ne pouvant être rapportée à la sclérose latérale amyotrophique ni à la syringomyélie. Mais ce qui fait le principal intérêt de l'observation réside dans les résultats fournis par l'examen du larynx; parésie des thyro-aryténoïdiens internes plus prononcée à droite, paralysie symétrique incomplète, quoique assez prononcée des crico-aryténoïdiens postérieurs. L'auteur, discutant les opinions émises jusqu'à ce jour, suppose que cette paralysie isolée des dilatateurs n'est que transitoire et que la paralysie laryngée se complètera ultérieurement pour laisser définitivement les cordes en position cadavérique.

L. EGGER.

**Paralysie laryngée typhique**, par BERNOUD (*Province médicale*, 6 mars 97).

Il s'agit d'une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et du voile du palais survenue au cours d'une fièvre typhoïde.

Les crico-aryténoïdiens postérieurs furent pris le quinzième jour, le voile cinq jours après; troubles respiratoires très graves, la trachéotomie put cependant être évitée.

La paralysie typhique des crico-aryténoïdiens postérieurs est très rare, puisque Boulay et Mendel ne la notent que six fois sur les dix-sept observations de paralysie laryngée typhique recueillies par eux dans les périodiques. Le pronostic est grave, puisque dans les 6 cas, la trachéotomie fut nécessaire, et quatre malades durent porter indéfiniment leur canule à cause de l'amyotrophie consécutive.

La coexistence d'une paralysie laryngée avec une paralysie du voile, notée seulement trois fois dans les observations antérieures, est intéressante aussi, car elle semblerait démontrer que leur origine est non dans le système nerveux périphérique mais dans le bulbe.

R. ÉTIÉVANT.

#### V. — ŒSOPHAGE, CORPS THYROÏDE, COU, etc.

**Note sur la fièvre glandulaire de l'enfance, par DAWSON WILLIAMS**  
(*Lancet*, 16 janvier 1897).

Sous le nom de fièvre glandulaire Drusenfieher, E. Pfeiffer a décrit en 1889 une affection infantile non reconnue jusque-là et qu'il considéra comme une fièvre spécifique aiguë. Il semblait probable que l'agent infectieux, quel qu'il fût, pénétrait par le pharynx ou les amygdales sans produire de lésions locales, ainsi qu'il arrive parfois pour les bacilles tuberculeux. D'ordinaire les malades sont âgés de moins de 14 ans, et souffrent de fièvre, d'anorexie, de nausées, parfois de vomissements, la langue est empâtée, il existe de la constipation et quelquefois des douleurs abdominales mal définies. Les symptômes principaux les mieux caractérisés sont la raideur du cou, la sensibilité du triangle antérieur et de la gène en remuant la tête et en avalant. La muqueuse pharyngienne est un peu rougie, mais au cours de la maladie on n'observe ni pharyngite, ni amygdalite. Le second ou le troisième jour on remarque un gonflement du cou provenant de l'hypertrophie de trois ou quatre glandes, au dessous du muscle sterno-mastoidien, et le long de son bord antérieur. La température peut s'élever à 40°C. Les glandes, qui sont sensibles, demeurent tuméfiées de deux à cinq jours, puis elles commencent à diminuer. Habituellement les glandes du côté gauche sont les premières affectées. Avant que les glandes du côté gauche aient commencé à s'affaïsser, celles de droite s'enflent et en un jour ou deux elles atteignent la même dimension que celles de

gauche lorsqu'elles sont au maximum. A la suite de cette maladie, l'enfant demeure anémié et déprimé et cet état subsiste jusqu'après la disparition totale des glandes lymphatiques qui s'effectue d'ordinaire en dix à quinze jours. La marque distinctive de cette affection est que la tuméfaction et la sensibilité des glandes surviennent sans lésions du pharynx et des amygdales. L'adénite est spontanée. Absence presque continuelle de suppuration. La période d'incubation oscille entre huit et dix jours.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**De l'abcès rétro-pharyngien aigu avec trois observations**, par E. MAYER (*N. Y. eye and ear Infirmary*, report, New-York, 1896).

L'abcès rétro-pharyngien aigu est une affection rare, surtout propre à l'enfance, et dont le pronostic est toujours grave.

Après en avoir résumé la symptomatologie, l'auteur énumère les diverses opinions admises jusqu'à ce jour, au point de vue du traitement. Faut-il inciser en dehors, ou au contraire ouvrir toujours l'abcès par la bouche ? c'est une question qu'il omet de discuter.

Les trois observations présentées par l'auteur lui sont personnelles.

La première concerne un enfant de un an chez lequel l'abcès fut ouvert par la bouche et qui guérit rapidement.

Dans la seconde, il s'agit d'un enfant de 6 mois, malade depuis un mois, pâle, émacié, cyanosé. Au moment où l'auteur introduisit un abaisse-langue cet enfant mourut subitement. L'autopsie ne put être faite.

Le troisième cas est celui d'un enfant de six semaines très vigoureux, malade depuis 15 jours. A droite de la ligne médiane, existait sur la paroi postérieure du pharynx une tuméfaction non fluctuante. Le traitement antiphlogistique fut suffisant pour en amener la résolution.

L'auteur fait remarquer en terminant la variabilité de l'évolution de cet abcès suivant les cas.

H. DU F.

**Les injections de sérum anti-diphthéritique prophylactiques. Prophylaxie de la diphthérie dans les écoles**, par DELLA VEDOVA. (Communication à la Société royale italienne d'hygiène, 1896).

L'auteur montre que l'on a exagéré les dangers [des injections de sérum. Il donne une statistique de 240 cas, non suivis d'ac-

cidents, dans lesquels l'injection a été faite, à titre prophylactique, à des enfants placés dans des milieux infectés. Aucun d'eux n'a contracté la diphtérie, tandis que bon nombre de leurs camarades d'école en ont été atteints. Le sérum employé était celui de Behring. Ce travail est des plus intéressants. Il serait à désirer que l'auteur veuille bien le compléter en indiquant les doses de sérum nécessaires pour obtenir l'immunité suivant l'âge des enfants, et en nous donnant quelques renseignements sur la durée de cette immunité.

H. DU F.

**Brûlure de l'œsophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse œsophagienne**, par A. GILBERT et A. GRENET (*Bulletin de la Société anat. de Paris*, 1896, p. 807).

Le tube expulsé, dix jours après l'ingestion de 100 grammes d'ammoniaque, avait 14 centimètres de longueur. A la coupe de ce tube, on constate que toute muqueuse œsophagienne a été détachée, et en quelques points se voient des fibres musculaires. Suivent quelques détails histologiques sans intérêt.

A. G.

**Menace de mort par hémorrhagie causée par un corps étranger avalé**, par HOCHENEGG (*Wien. klin. Woch.*, 1897, p. 1207).

Un adulte ressent une douleur vive en avalant un fragment d'os de poulet; cette douleur qu'il localise vaguement dans le cou persiste, s'exacerbant pendant la déglutition qui est pourtant possible pour les liquides aussi bien que pour les solides, même en grosses bouchées; l'examen répété, le sondage, ne révèlent pas de corps étranger, aussi croit-on à une lésion causée par son passage, l'os lui-même étant déjà dans l'estomac. Les choses durent ainsi sept jours, la douleur devenant de plus en plus vive; à ce moment le malade est pris de violentes hémorrhagies qui se répètent trois fois dans l'espace de vingt-quatre heures; si bien que l'anémie arrive à un degré extrême avec état lipothimique, collapsus, menace de mort; le sang est rendu par le vomissement, soit liquide, soit en caillots; c'est dans cet état désespéré que l'auteur vit le patient pour la première fois. Il ne pouvait être question d'un examen laryngo-ou pharyngoscopique; l'inspection du cou, rendu difficile par la présence d'un goître à gauche, gros comme un poing, révèle de la tuméfaction et un peu de rougeur à droite, on sent une tumeur légèrement pulsatile et sensible à la pression. Le diagnostic fut: perforation de l'œsophage par le corps étranger, ulcération consécutive d'un vaisseau

du cou, hématome. L'opération fut faite comme pour une œsophagotomie externe, à droite, mais on ne trouva rien de ce côté qu'un peu d'œdème ; on recommença aussitôt la même opération à droite, mais là il fallut tout d'abord faire l'énucléation du goître qui masquait toute la région ; ceci fait, il fut aisé de voir que le tissu périœsophagien gauche était infiltré de pus, en suivant l'infiltration on arriva sur une petite poche de la grosseur d'une noix, placée entre l'œsophage et la colonne vertébrale et contenant un liquide infect mais dépourvu de sang et le corps étranger cherché ; la perforation se trouvait à la paroi postérieure de l'œsophage, au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde. Aucun vaisseau extérieur à l'œsophage n'était blessé et la source de l'hémorrhagie restait introuvable, lorsque l'opéré fut pris d'un accès de toux ; aussitôt on vit de grosses veines variqueuses de l'œsophage se remplir de sang et l'une d'elle donna du sang immédiatement à côté de la perforation mais par sa face interne ; il fut facile de lier le vaisseau. Vu l'état d'anémie du malade, l'hémostase au cours de l'opération avait été faite avec le plus grand soin ; tous les vaisseaux rencontrés avaient été liés avant leur section, aussi l'opéré n'était-il pas plus mal après l'opération qui avait duré une heure et demie. Les suites furent on ne peut plus simples, les aliments furent pris dès le lendemain, les liquides le jour même et la cicatrisation fut terminée en quatorze jours, sauf l'élimination ultérieure d'une ligature. Pas de sténose.

Ce cas de diagnostic si difficile a motivé une série de recherches que l'auteur a faites sur l'emploi des rayons de Röntgen ; sur un cadavre gastrostomisé il fait passer un cordon de l'estomac dans la bouche ; à l'aide de ce cordon on amène dans l'œsophage et on arrête en un point quelconque les corps étrangers les plus variés ; le cadavre ainsi préparé et assis est examiné directement sur l'écran fluorescent ; dans tous les cas de corps étranger, son siège et sa nature sont facilement reconnus ; il en est de même des instruments que l'on introduit et l'on peut suivre leur maniement. Au lieu de l'examen à l'écran on peut faire des photographies dans ces conditions. Plusieurs figures fort curieuses sont jointes à cet article ; l'une d'elle reproduit expérimentalement le cas décrit plus haut et l'os de poulet, quoique fort mince, est parfaitement visible.

M. N. W.

**Pièces de monnaie arrêtées dans l'œsophage ;** par HOWARD MARSH  
(*Clinical Society of London*, 22 janv. 97. *British. med. journ.* p. 267).

L'un des enfants dont l'auteur apporte l'observation, âgé de

3 ans et demi, avait avalé un halfpenny ; pendant cinq semaines il ne présenta d'autres troubles que des nausées de temps en temps ; une skiagraphie montra fort nettement (figure dans le texte) la pièce de monnaie au niveau de la 2<sup>e</sup> vertèbre dorsale ; on ne réussit pas à l'extraire avec l'instrument classique ni avec un forceps ; finalement, elle fut saisie et retirée à l'aide d'un crochet plat (*fig.*) passé dans une sonde en gomme. Le même instrument servit à extraire une pièce de monnaie chez un autre enfant de 3 ans ; pas plus que le premier il n'avait présenté de douleur ni de symptômes inquiétants quelconques.

M. N. W.

**Kyste séro-muqueux du cou, de la base de la langue et du larynx.**  
Guérison par l'injection iodo iodurée de Lugol, par LICHTWITZ (*Archives de laryngologie*, novembre-décembre 1896).

Il s'agit d'un malade de 47 ans. L'auteur, craignant que le kyste n'envoie des prolongements multiples dans les régions diverses du cou, croit devoir écarter la dissection de la poche, comme une opération laborieuse et surtout dangereuse et a recours, avec un plein succès, à l'injection iodo-iodurée de Lugol ; pratiquée une seule fois, elle amena une guérison qui se maintient depuis un an.

L. EGGER.

**Kyste branchial mucoïde médian**, par CLAISSE et HÉRESO (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1897, p. 31).

Tumeur du cou, siégeant au niveau du larynx, dont elle suivait les mouvements ; pas de troubles de la respiration, ni de la déglutition. Extraction de la tumeur, le contenu de cette tumeur qui adhérait fortement à la membrane thyroïdienne était hématique et de consistance colloïde ; l'examen histologique fut fait et les auteurs conclurent que par sa situation, son adhérence intime à la membrane thyroïdienne, sa structure fibreuse, son épithélium cylindrique, son contenu colloïde, ce kyste était bien un kyste branchial médian.

A. G.

**Production de l'antitoxine diphthérique puissante**, par G. E. CARYWRIGHT WOOD (*Lancet*, 24 octobre 1896).

Description d'une méthode par laquelle on obtient de l'antitoxine d'une force telle que 10 centimètres cubes de sérum renferment 4000 unités normales ou même davantage.

SAINT-CLAIR THOMSON.



**Empoisonnement par l'air des égouts**, par F. W. BUSTON FANNING (*Lancet*, 24 octobre 1896).

Onze observations de cas où les accidents furent attribués aux effets de l'air des égouts.

Cette opinion est basée sur les faits suivants : il n'existait aucune ressemblance avec les maladies connues, les cas offraient tous des caractères communs ; les malades vivaient dans de mauvaises conditions hygiéniques, qui étant améliorées aidaient à la guérison dans la plupart des cas. Les principaux symptômes étaient : la fièvre, la céphalgie, la raideur ; des douleurs dans tous les membres ; pétéchies des extrémités inférieures, ou érythème annulaire, lymphangite des jambes ou des bras ; apparence de péri ou endo-cardite et albuminurie. Cette dernière était le signe le plus constant ; sur dix cas, un seul était indemne d'affection rénale. On observait aussi de vives douleurs épigastriques, phlébite, asthénie cardiaque, pleurésie, bronchite, vomissements, diarrhée.

Ces faits intéresseront les laryngologistes en raison de la présence d'amygdalites chez plusieurs des malades.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Résultats de l'extirpation isolée des glandules parathyroïdes**, par A. ROUXEAU, de Nantes (*Bulletin de la Société de biologie*) 1897, p. 17.

**Effets de l'extirpation des glandules parathyroïdiennes chez le lapin et le chien**, par E. GLEY (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897, p. 18).

Rouxneau signale le curieux résultat qu'il observa à la suite de cette opération, elle fut beaucoup plus grave que l'extirpation de la glande thyroïde et ce serait à elle qu'il faudrait attribuer les signes nerveux observés après la thyroïdectomie totale, symptômes nerveux qui ne se produisent pas quand on conserve les glandules.

Le Dr Gley aurait obtenu des résultats à peu près analogues, mais il désire recommencer ces expériences pour en tirer les conclusions, car il y a des animaux qui résistent très bien à la thyroïdectomie complète et chez d'autres il peut exister quelque glandule peu connue jusque-là et dont la conservation pourrait expliquer cette absence d'accidents.

Quoiqu'il en soit, ces expériences d'ablation des glandules parathyroïdiennes pourraient aboutir à une autre conception du rôle de la glande thyroïde, peut-être le rôle attribué à la glande thyroïde appartient-il aux glandules parathyroïdiennes. A. G.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

## Oreille

**R. Haug.** Sur l'accumulation des exsudats dans la partie supérieure de la caisse au cours de l'influenza, et observation d'un cas de thrombose des sinus guéri par une opération et de deux cas d'obduction intéressants (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 40, h. 3, n. 4, 1896).

**Grunert.** Contribution à l'opération de dégagement de l'oreille moyenne (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 40, h. 3, u. 4, 1896).

**Schulzke.** Sur l'anatomie topographique de l'oreille par rapport à la forme du crâne (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 40, h. 3, n. 4, 1896).

**F. Bezold.** Le pouvoir auditif des sourds-muets et, en particulier, de la théorie d'Helmholtz, du siège de l'affection et de l'éducation du sourd-muet (Broch. de 156 pages avec 5 planches, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1896).

**H. Hessler.** La pyémie otogène (Broch. contenant 7 figures dans e texte et 26 planches, G. Fischer, éditeur, Iena, 1896).

**A. Politzer.** Examen de la membrane du tympan (*Wiener méd. Club.*, 20 mai; in *Wiener klin. Woch.*, 4 juin 1896).

**Bruck.** Conséquences des affections de l'oreille sur l'organisme de l'enfant (*Arch. f. Kinderheilk.*, xx, 1 et 2, 1896).

**Brunner.** Un cas d'infection générale métastatique due au bacille de Friedländer et consécutive à l'otite moyenne compliquée d'empyème de l'autre mastoïdien (*Munch. méd. Woch.*, nos 13 et 14, 1896).

**Brunner.** Du soi-disant syndrome de Ménière et des rapports de l'oreille externe et du vertige (*Klin. Votrüge*, Bd 1, h. 9, 1896).

**Luhrmann.** Tumeur cérébrale ayant provoqué des symptômes paroxystiques insolites et des troubles auditifs (*Neurol. Centralblatt*, 1<sup>er</sup> mars 1896).

**Schröder.** Compendium d'otologie pour les médecins et les étudiants (Preuss et Junger, éditeurs, Breslau, 1896).

**Weinlechner.** Opération d'une oreille détachée (*K. K. Gesells der Aerzte in Wien. in Wiener klin. Woch.*, 11 juin 1896).

**A. Lucæ.** Deux sortes de sondes compressives automatiques pour le traitement de certaines formes de troubles auditifs et le règlement de la force de pression de ma sonde à main primitive (*Berl. klin. Woch.*, 15 juin 1896).

**H. Knapp.** Nouvelles observations sur les indications des opérations mastoïdiennes dans l'otite moyenne purulente aiguë et ses complications (*Zeits. f. Ohrenh.* Vol. XXVIII, n° 3, avril 1896).

**O. Rudolph.** Dix-huit autopsies de l'organe auditif dans la rougeole (*Zeits. f. Ohrenh.* Vol. XXVIII, n° 3, avril 1896).

**W. Kümmel.** Contribution aux complications intra-crâniennes des affections de l'oreille (*Zeits. f. Ohrenh.* Vol. XXVIII, n° 3, avril 1896).

**K. Redouer.** Guérison spontanée des cholestéatomes et des affections cholestéatomateuses du temporal (*Zeits. f. Ohrenh.* Vol. XXVIII, n° 3, avril 1896).

**Th. Glück.** Trépanation crânienne et otocirurgie (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin et 6 juillet 1896).

**H. Steinbrügge.** Un cas de cholestéatome du temporal (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin 1896).

**A. Politzer.** Atlas des reproductions de la membrane tympanique normale et pathologique (154 pages, 392 chromolitographies et 67 figures dans le texte, W. Braumüller, éditeur, Vienne, 1896).

**W. Heinrich.** Sur la fonction de la membrane du tympan (*Verh. des Physiol. Clubs zu Wien; in Wiener klin. Woch.*, 1<sup>re</sup> juillet 1896).

**A. Eitelberg.** De quelques accidents désagréables dans le cathétérisme des trompes d'Eustache (*Wiener. med. Presse*, n° 26, 1896).

**A. Eitelberg.** Contribution à la paralysie faciale dans les otites non suppurées avec symptômes de Ménière (*Wiener med. Woch.*, n° 27, 1896).

**E. Rimini.** Sur un cas de pyémie consécutif à une otite moyenne suppurée aiguë diphthérique (*Berl. klin. Woch.*, 6 juillet 1896).

**V. Urbantschitsch.** Du dégagement opératoire de l'oreille moyenne (*Wiener klin. Woch.*, 16 juillet 1896).

**J. Gruber.** Angiôme de l'oreille guéri par une opération (*Wiener med. Woch.*, 2 août 1896).

**E. Redlich et D. Kaufmann.** Examen de l'oreille chez les malades affectés d'hallucinations de l'ouïe (*Wiener klin. Woch.*, 13 août 1896).

**Heller.** Sur un cas de surdité psychique chez l'enfant (*Wiener klin. Woch.*, 13 août 1896).

**F. Danziger.** Contribution à la valeur des exercices acoustiques chez les sourds-muets d'après la méthode d'Urbantschitsch (*Wiener. med. Presse*, 9 août 1896).

**Müller.** Sur une forme particulière de troubles auditifs centraux (*Aertal. Verein zu Marburg in Berl. klin. Woch.*, 24 août 1896).

**B. Gomperz.** Notes sur l'occlusion des lacunes de la membrane tympanique (*Wiener klin. Woch.*, 17 septembre 1896).

**F. Alt et F. Pineles.** Un cas de maladie de Ménière dû à une affection leucémique du nerf acoustique (*Wiener klin. Woch.*, 17 septembre 1896).

**T. Beer.** Etat actuel de nos connaissances sur l'ouïe des animaux (*Wiener klin. Woch.*, 24 septembre 1896).

**Ostmann.** Simulation et erreurs dans les affections de l'appareil auditif (*Monats f. Ohrenh.* septembre 1896).

**Denker.** Un cas de phlébite otitique des sinus et de pleurésie purulente métastatique guéri par une opération (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre 1896).

**K. Bürkner.** Statistique des maladies d'oreilles observées pendant les années 1894-95 et 1895-96 à la Polyclinique de Goettingue (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd. 41, h. 1, août 1896).

**Vulpinus.** Méthodes de traitement des otites moyennes adhérentes (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd. 41, h. 1, août 1896).

**F. Danziger.** Contribution à l'étude du carcinôme du rocher (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd. 41, h. 1, août 1896).

**Cramer.** Sur les illusions sensorielles chez les sourds-muets aliénés avec remarques sur l'importance des images vocales et des images parlantes dans la surdi-mutité (*Archiv. f. Psychiatrie u. Nervenkrank.* Vol. XXVIII, 1896).

**Kuttner.** L'ouïe chez les pigeons dépourvus de labyrinthe (*Archiv. f. die gesamm. Physiol.*, 20 août 1896).

**F. Bezold.** Sur l'état actuel de l'examen de l'oreille (*Zeits. f. Ohrenh.*, août 1896).

**F. Siebenmann.** Sur la voie auditive centrale et sa lésion par les tumeurs cérébrales particulièrement des tubercules quadrijumeaux (*Zeits. f. Ohrenh.*, août 1896).

**O. Koerner.** Cas de chlorome des deux temporaux, des tissus sigmoïdes, des deux orbites simulant une phlébite otique du sinus caverneux (*Zeits. f. Ohrenh.*, août 1896).

**J. Dunn.** Sur le développement de l'*Aspergillus glaucus* dans le nez de l'homme (*Zeits. f. Ohrenh.*, août 1896).

**O. Brieger.** Sur l'infection purulente après les suppurations de l'oreille (*Zeits. f. Ohrenh.*, août 1896).

**F. Alt.** Sur les affections apoplectiformes du labyrinthe chez les éclusiers (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1896).

**Ostmann.** Blessure de l'oreille (*Aertzt. Verein zu Marburg Berl. klin. Woch.*, 12 octobre 1896).

**P. Asch.** Le sarcome de l'oreille (*Dissert. Inaug.*, Strasbourg, 1896).

**VIN DE CHASSAING** (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

**BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES.** Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

**PHOSPHATINE FALIÈRES.** Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

**POUDRE LAXATIVE DE VICHY.** (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

**L'EAU DE LA BOURBOULE** est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

**GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.**

**L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON,** tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

**CHAMPAGNE RUPTIQUEUR DE CHOUBRY.** Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

**SIROPS LAROZE IODURÉS.** Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

**SIROPS LAROZE BROMURÉS.** Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Véritables **GRAINS de SANTÉ du D<sup>r</sup> FRANCK**  
Alcés 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DESTENAY, BISSIÈRE FRÈRES.

